

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

435

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

RENOUX Jean-Paul

né le 18 Avril 1904 à Marennes (Charente-Inférieure)

Essai sur le Mécanisme Psychologique
du Diagnostic Médical

Président : M. Henri CLAUDE, Professeur.

IMPRIMERIE DE BRETAGNE
32, Rue de la Fosse - NANTES
(Loire-Inférieure)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

RENOUX Jean-Paul

né le 18 Avril 1904 à Marennes (Charente-Inférieure)

Essai sur le Mécanisme Psychologique
du Diagnostic Médical

Président : M. Henri CLAUDE, Professeur.

IMPRIMERIE DE BRETAGNE
32, Rue de la Fosse - NANTES
(Loire-Inférieure)

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri). Pathologie médicale.
 BERNARD (Étienne). Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BOULIN. . . . Pathologie médicale.
 BULLIARD. . . . Histologie.
 CATHALA. . . . Pathologie médicale.
 CHEVALIER. . . Pathologie médicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 FEY. Urologie.
 GALLIARD. . . . Parasitologie.
 GASTINEL. . . . Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 GIROUD. Histologie.
 HAGUENAU. . . Pathologie médicale.
 HALPHEN. . . . Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD. Pharmacologie.
 HUGUENIN. . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON. . . . Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME. . . . Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. . Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE. . . . Pathologie expérimentale.
 LEVEUF. Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY. . . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. . Neurologie et Psychiâ-
 trie.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN. . . . Pathologie médicale.
 OBERLING. . . . Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. . Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE. . Médecine légale.
 PORTES. Obstétrique.
 RICHEL. Physiologie.
 SANNIÉ. Chimie biologique.
 SENEQUE. Pathologie chirurgicale.
 TROISIER. . . . Pathologie expérimentale.
 TURPIN. Pathologie médicale.
 VIGNES. Obstétrique.
 WILMOTH. . . . Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE. . . . Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET. . . . Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. . Physiologie.

MM.

LEROUX. Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

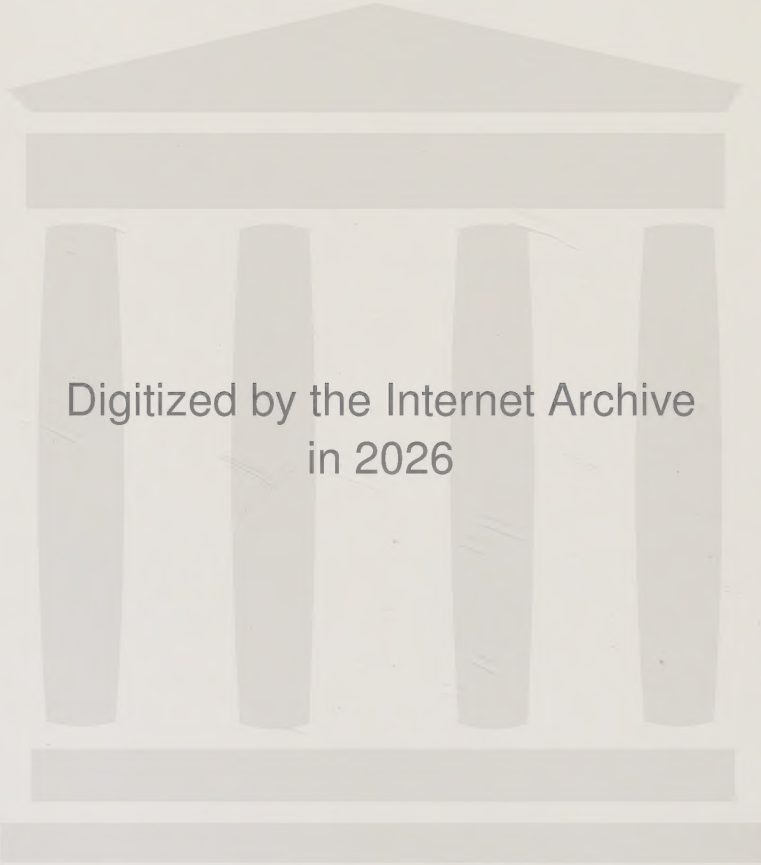
à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI . . .	} Clinique médicale.	BASSET . . .	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROCQ . . .	
AUBERTIN . .		CADENAT. . .	
BRULÉ . . .		GATELLIER . .	
CHABROL. . .		HEITZ-BOYER .	
CHIRAY . . .		MOURE. . . .	
DONZELOT . .		QUENU	
DUVOIR . . .		SCHWARTZ . .	
LIAN.		VELTER	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE . . .	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT . . .			
LE LORIER . .			
LEVY-SOLAL .			
METZGER. . .			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD . . .	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE V. PAYRAU ET A MA TANTE

A MA FAMILLE

A MA FIANCÉE

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur HENRI CLAUDE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*en reconnaissance de l'honneur qu'il
nous a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

A mes maîtres de la faculté de Médecine de Lille

M. le Professeur GEORGES GÉRARD (*in memoriam*)

MM. les Professeurs SURMONT

DEBEYRE

MINET

PIERRET

LEFORT

NAYRAC

INGELRANS

GAUDIER

GRANDCLAUDE

A mes maîtres de la faculté des Lettres de Lille

GEORGES LEFEVRE (*in memoriam*)

RENÉ HUBERT

•

A mes maîtres de l'Ecole de Médecine de Nantes

MM. les Professeurs SÉBILLEAU

BUREAU

LEROUX

A Monsieur le Docteur CORMAN

MÉDECIN-CHEF DE L'ASILE DE NANTES

*pour les précieux conseils qu'il a bien
voulu nous donner.*

*Qu'il trouve ici l'expression de
toute notre gratitude.*

A mon ami R. JAMPSIN

*pour l'intérêt qu'il a porté à ce sujet
et son inestimable contribution, grâce
à ses connaissances profondes en
philosophie.*

AVANT-PROPOS

Nous nous proposons de rechercher le mécanisme psychologique du diagnostic médical, de suivre dans l'esprit du Médecin les démarches successives de la pensée au moment où s'élabore ce diagnostic.

Ainsi délimité, l'objet de notre étude se situe en dehors de la séméiologie. Nous ne traiterons pas, en effet, des moyens pratiques de faire un diagnostic correct, des symptômes à rechercher sur un malade ou pour tout dire d'un mot, de la *matière* du diagnostic. Notre but est d'examiner les attitudes de la pensée en face de cette matière et les *formes* dont elle la revêt.

Cette question n'a été qu'assez rarement abordée.

Pour les médecins, c'est une nécessité plus impérieuse d'exercer leur art avec succès que d'examiner en détail comment ils l'exercent ; pendant leurs recherches ils sont évidemment plus soucieux d'observer attentivement leur malade que de s'observer eux-mêmes et de réfléchir sur leur propre activité.

Les logiciens et les psychologues, de leur côté, ont préféré édifier les principes de la méthodologie sur l'observation de sciences plus précises que la Médecine.

Claude Bernard, dans l'Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale, a été le premier à s'occuper des procédés de raisonnement utilisés dans les sciences médicales. Ses idées magistrales ont paru si justes qu'on fonde actuellement sur elles la méthodologie des sciences expérimentales en général ; si bien que M. Bergson a pu dire de cet ouvrage qu'il était le « Discours de la Méthode du XIX^e siècle. »

Cependant, Claude Bernard a eu surtout en vue le savant en quête de découvertes. Il appartient à la grande époque qui vit la médecine devenir véritablement scientifique grâce à des chercheurs qui, comme lui, s'appliquèrent à expérimenter d'une façon précise au laboratoire. Plus que la méthode du praticien au chevet du malade, c'est la méthode de ces pionniers qu'il a étudiée, en prenant comme exemple ses propres recherches, notamment en physiologie.

Bien que nous voulions nous attacher surtout à la méthode du médecin praticien, il nous a paru que les résultats acquis par Claude Bernard dans ce domaine pourraient être utilisés pour une part. La pratique médicale est fondée sur l'observation : or, sur les conditions requises pour une bonne observation, l'œuvre de Claude Bernard contient précisément d'excellentes pages et nous fournira plus d'une idée féconde.

Nous avons été attiré vers la recherche du mécanisme psychologique du diagnostic médical par la double orientation de nos études : licence en philosophie et doctorat en médecine.

Nous devons à M. René Hubert, professeur à la Faculté des Lettres de Lille d'avoir orienté nos études philosophiques vers des questions concrètes en nous faisant prendre intérêt à la méthodologie des sciences et

d'avoir par là, éveillé en nous le goût des études médicales ; lorsque nous eûmes abordé ces études, c'est M. HUBERT qui nous signala l'intérêt du sujet que nous traitons ici. Nous devons aussi au Professeur SURMONT de Lille de nous avoir montré avec nombreux exemples à l'appui, le degré de précision scientifique auquel peut arriver un diagnostic élaboré avec méthode.

Cependant cette étude du mécanisme psychologique du diagnostic dépassait les forces du jeune psychologue et du plus jeune étudiant en médecine que nous étions alors. Ce n'est pas que nous nous sentions capable aujourd'hui d'aborder ce problème dans toute son ampleur. Mais nous avons pensé qu'il était intéressant d'en poser au moins l'existence et d'en montrer la très grande complexité. Nous remercions particulièrement le Docteur CORMAN, Médecin chef de l'Asile de Nantes, qui a bien voulu nous éclairer de ses conseils.

Nous concevons l'étude qui va suivre comme une application à la médecine des résultats que nous fournit la psychologie contemporaine sur la perception, le jugement, le raisonnement ainsi que de ceux de la logique et de la méthodologie, en particulier sur la méthode inductive. En effet, nous pensons que, pour se représenter exactement les différentes attitudes mentales du médecin praticien, on ne peut les séparer de celles du pathologiste, inventeur de conceptions nouvelles, car ces deux sortes d'attitudes se complètent et ne se caractérisent chacune que par rapport à l'autre. Là encore, les idées de Claude Bernard nous éclaireront.

L'intérêt de ce problème est non seulement théorique mais aussi pratique.

Il satisfait d'abord la curiosité bien légitime qui consiste à réfléchir sur les caractères de l'activité intel-

lectuelle que l'on devra dépenser pour exercer sa profession.

Il est également utile de savoir ce que l'on va faire pour le mieux faire ; on évite ainsi plus facilement certains dangers quand on en a découvert à l'avance et par soi-même l'existence.

Enfin, par la connaissance des qualités d'esprit et de caractère nécessaires à l'exercice de la médecine, nous pensons apporter une utile contribution à l'orientation professionnelle du jeune Médecin.

INTRODUCTION

Pour le médecin, établir un diagnostic, c'est chercher à se représenter l'état d'un malade. Cette représentation est fondée sur l'observation du malade tout comme l'est celle des personnes ignorantes de la médecine. Mais alors que cette dernière ne s'appuie que sur des perceptions vulgaires, celle du médecin s'appuie sur la perception de caractères spéciaux, les symptômes, dont la particularité est d'évoquer des connaissances scientifiques. Grâce à la connaissance préalable des symptômes et de la science médicale, le médecin devient capable d'élaborer cette représentation scientifique de son malade qu'est le diagnostic.

Ce sont ces moyens que nous étudierons d'abord : nous chercherons comment le futur médecin acquiert peu à peu les notions sensorielles des symptômes et devient de la sorte capable de perceptions spécialisées. Ensuite nous verrons comment il apprend à connaître les groupements cliniques que forment les symptômes quand ils apparaissent chez les malades et quel mécanisme de production invoque la science pour expliquer ces groupements.

L'étude de ces moyens représentatifs apportés au médecin par son éducation sensorielle et intellectuelle, sera l'objet de la première partie.

Dans la seconde partie, nous rechercherons comment, en pratiquant son art, le médecin utilise ces moyens généraux de représentation pour exprimer le plus parfaitement possible dans son diagnostic l'individualité propre de chaque malade.

Enfin, dans la troisième partie, nous étudierons quels sont les caractères logiques de ces raisonnements et de ces démarches que le praticien met en œuvre et nous serons amenés à comparer son activité intellectuelle à celle du savant.

PREMIÈRE PARTIE

DE L'OBSERVATION DU MALADE
A LA DÉCOUVERTE DU SYMPTOME

CHAPITRE PREMIER

Les Qualités sensibles du Symptôme L'Education sensorielle et clinique du Médecin

I. — AU POINT DE VUE SENSORIEL, LE SYMPTÔME EST UNE IMAGE ÉDIFIÉE PEU A PEU PAR L'ÉDUCATION SENSORIELLE

L'éducation sensorielle du médecin a pour but de le rendre apte à reconnaître les symptômes par leurs aspects sensibles, par exemple l'ictère, par le teint jaune d'un malade.

A force de percevoir successivement chez des malades différents, des aspects identiques ou analogues, le médecin finit par en créer dans sa pensée une image générique : c'est en observant de très nombreux malades au teint jaune qu'il arrive à l'image générique du teint ictérique ainsi abstraite de toutes ses observations particulières.

L'éducation sensorielle produit donc un double résultat :

D'abord, elle affine les sens ; d'un côté elle augmente leur acuité sensorielle en leur permettant de différencier des sensations primitivement confondues, pour arriver à des perceptions plus précises ; d'un autre côté, elle les spécialise dans le domaine qu'utilise le médecin : ainsi, elle le rend capable d'avoir des perceptions élémentaires.

Ensuite, elle élabore des images sensorielles génériques car, de chaque perception de même espèce, elle abstrait les caractères essentiels.

A vrai dire, il ne s'agit pas là de deux étapes qui se succèderaient dans le temps, car la première perception fournit déjà une image prête à être projetée sur la perception suivante, et ainsi prête à devenir le premier élément de l'image générique. Il est clair, que dès la première observation, le futur médecin acquiert déjà une expérience sensorielle aussi minime soit-elle. Ainsi les aptitudes à avoir des perceptions élémentaires et à former des images génériques vont de pair puisque ces images s'enrichissent à l'occasion de chaque observation.

Les conditions qui régissent la formation de ces images génériques sont analogues à celles qui régissent la conservation des souvenirs, la création des habitudes, l'association des faits de conscience, etc... Ce sont entre autres, l'intensité, la répétition, l'intérêt. Plus les caractères d'une sensation sont intenses, et ont été perçus et utilisés souvent, plus ils ont une place importante dans la formation de l'image générique.

Notons que ces images sont souvent fournies par la collaboration de sens différents. Cela dépend quelquefois de la nature de l'objet à percevoir : ainsi l'étudiant apprend vite que certains bruits de galop cardiaque se perçoivent mieux quand on applique directement l'oreille sur le thorax du malade qui en fournit à la fois une

sensation auditive et une impression tactile. L'emploi d'un stéthoscope ne permet d'en recueillir que des sensations auditives et convient moins pour déceler ce signe.

Cette collaboration des sens différents dépend également du type imaginaire du sujet qui recueille et utilise plus volontiers les impressions visuelles que, par exemple, les impressions tactiles. Lorsqu'un étudiant examine pour la première fois une éruption de scalartine, l'impression prédominante est une couleur. L'éruption offre à ses yeux ses larges plaques rouges ; sur ce fond uni, se détache un certain nombre de petits points d'un rouge plus sombre qui donnent à la peau un aspect granité. S'il applique sa main sur l'épiderme du malade il en retire une impression tactile qui viendra compléter et préciser cette impression de granité d'abord uniquement visuelle. Les sensations tactiles viennent ici comme simple complément de l'ensemble visuel, elles sont un accessoire ; elles le seraient moins chez un sujet à la vue très déficiente qui ne rejetterait pas si facilement les renseignements fournis par son toucher. Cette prédominance de l'une ou l'autre impression se traduit dans la formation de l'image générique, car des différents ensembles perçus, elle retient non pas tous les éléments, mais seulement ceux qui ont été intéressants.

Cet intérêt peut provenir soit de ce qu'ils sont caractéristiques des malades et fournissent des renseignements profitables, soit de ce que le médecin a une préférence élective à les utiliser.

Eux seuls forment une véritable ossature à l'image générique et lui permettent de résumer l'expérience passée dont ils expriment l'essentiel.

Aussi peut-on dire que ces images génériques sont schématiques.

L'étudiant qui meuble son esprit de ces images sensorielles n'est pas leur unique artisan. Celles-ci sont continuellement confrontées avec celles d'autrui et contrôlées, notamment par ses professeurs. Ce contrôle a pour but de rendre semblables les images que différents sujets édifient à l'occasion d'un même malade, car, pour pouvoir profiter de la science, il faut que le futur médecin puisse comparer et accorder ses perceptions actuelles non seulement avec ses perceptions passées, mais aussi avec celles d'autrui. Il faut que tout le monde s'entende pour qualifier également d'ictérique le teint d'un même malade actuel.

Ce contrôle n'est rendu possible que grâce à l'étiquetage de ces images par des mots. On a dit d'eux qu'ils sont le symbole d'échange, la monnaie de la pensée. En effet, ils permettent de transmettre la pensée d'un individu à un autre ou plutôt de suggérer chez autrui une pensée analogue à la sienne propre, car il y a quelquefois placé pour un psittacisme qui serait impossible s'il y avait vraiment transmission de pensée. Grâce au mot, l'expérience individuelle, et dans le cas qui nous intéresse, l'image sensorielle générique peut être comparée avec celle d'autrui. Ainsi elle se socialise.

Cela permet de surveiller la formation de cette image, non pas tellement en contrôlant les éléments qualitatifs qui en forment la matière première, car ceux-ci sont presque exclusivement affaire du sujet et pour ainsi dire incommunicables à autrui. Il lui est en effet impossible de vérifier directement si la tonalité qualitative avec laquelle il perçoit la couleur jaune d'un malade ictérique est exactement celle que ressent son voisin, car il ne voit toujours qu'à travers ses propres yeux et sa propre imagination et non pas à travers ceux de son voisin.

Ce contrôle s'effectue en réalité par une sorte de détour et l'on affirme que la formation de l'image générique est correcte, quand, en face d'un même malade, ce sont les mêmes images que tout le monde évoque et désigne du même mot. Le mot permet ainsi de contrôler cette image, non pas dans ce qu'elle est en elle-même pour le sujet, mais dans son application à un même malade, c'est-à-dire dans son utilisation.

Le vocabulaire a donc une fonction importante dans l'éducation sensorielle du futur médecin ; il lui permet de contrôler l'utilisation de ses propres images d'une manière nouvelle, impossible à réaliser si son expérience était restée solitaire.

Dans certaines occasions, il est appelé à appliquer ces images là où lui-même ne l'aurait pas fait spontanément, alors que dans d'autres cas, il apprend au contraire à s'en abstenir. Ainsi, son expérience sensorielle non seulement s'enrichit, mais aussi se précise, grâce à la multiplicité des malades à laquelle elle s'applique, et grâce à la délimitation et à la fixation progressive des caractères qu'elle exprime.

C'est cette fixité que le mot donne aux schèmes imaginatifs qui permet de les socialiser. Ces images génériques, le médecin les enrichit à chaque observation nouvelle, elles sont de la sorte en continuelle évolution, c'est-à-dire véritablement vivantes. Le mot leur conserve une certaine stabilité, non pas en les tuant et en les rendant imperfectibles, mais seulement en leur imposant des limites. Il les oblige à n'exprimer des diverses perceptions qu'elles résument que certains caractères essentiels et à rejeter les autres. Il les oblige à concentrer leur dynamisme vivant sur l'approfondissement de ses caractères essentiels, sans le laisser s'étendre au hasard à d'autres et devenir de la sorte superficiel. Ainsi, l'image

générique de « frottement pleural doux » n'a conservé que le caractère de frou-frou soyeux parmi tout l'ensemble complexe perçu par l'oreille du médecin appliquée sur la poitrine de son malade. Il entendait, en outre, les bruits étrangers du cœur, des poumons, du tube digestif ; il les a laissés de côté pour se concentrer sur le frou-frou soyeux dont il a profondément détaillé les caractères.

C'est ainsi que ces images s'affinent et souvent se scindent en images plus précises à mesure que l'acuité sensorielle devient plus subtile. Le vocabulaire s'enrichit à mesure que ces images se différencient. Le médecin à l'oreille subtile et expérimentée utilise pour désigner certains souffles cardiaques les qualificatifs de « proto-systoliques », « mésosystoliques », « télésystoliques » selon qu'ils occupent le début, le milieu ou la fin de la systole cardiaque, alors que le débutant, aux sens moins finement éduqués, n'utilise guère que celui de « systolique ».

Le mécanisme délicat de la formation des images génériques peut être l'objet de dérèglements que nous allons rapidement examiner ici.

Il est évident que pour être riche, il faut que chaque image soit déjà le résumé de perceptions assez nombreuses, le résultat d'une expérience assez étendue.

Mais où les dangers deviennent plus graves, c'est quand il s'agit pour elle de ne conserver des perceptions que certains caractères schématiques. Il faut, bien entendu, qu'il y ait toujours une certaine concordance entre le schème d'un sujet et celui d'un autre. Cette concordance peut être quelquefois rompue par la tournure particulière d'esprit du sujet au moment où il édifie ses images. Ainsi, il peut orienter son intérêt sur des aspects qu'on laisse habituellement de côté, comme non caractéristiques des objets. D'autres fois, il a une aptitude sensorielle à recueillir plutôt certains aspects que

d'autres. Même dans des conditions normales, les images de chacun ne sont jamais exactement organisées comme celles des autres, mais il faut un minimum d'uniformité pour s'entendre, sinon deux individus risqueraient de désigner d'un même mot des aspects différents.

Le mot impose quelquefois au sujet un schème imaginaire tout fait, déjà très riche, alors que l'expérience sensorielle du sujet est encore trop imprécise pour pouvoir se perfectionner à son contact. Il risque ainsi de la brouiller en lui imposant une ossature qui ne correspond pas au type imaginaire du sujet.

Ce sont là les dangers d'une culture devenue prématurément livresque ou trop peu assise sur l'observation personnelle. Cette culture trop livresque est un risque de psittacisme car elle pousse le sujet à accepter ces schèmes tout faits, à se contenter de leur désignation verbale sans la doubler d'une assise sensorielle parfaite. Cela quelquefois, par paresse d'esprit, mais souvent par erreur, en croyant à tort avoir saisi derrière le mot les nuances sensibles qu'il exprime, en prenant le mot pour du réel.

D'autres fois, au contraire, un vocabulaire trop pauvre oblige le sujet à désigner du même nom des images qu'il commence à différencier. Alors, cette différenciation perd pendant un certain temps les avantages du contrôle d'autrui. Cela semble assez peu fréquent car le sujet a vite fait de se créer un vocabulaire personnel à titre d'attente. C'est un danger qu'encourt rarement l'étudiant en médecine qui a plutôt tendance à posséder un vocabulaire dont la richesse dépasse celle de son éducation sensorielle.

Enfin, dans certains cas, le sujet ne possède pas assez d'images sensorielles pour les différents domaines dans lesquels il a besoin d'avoir des perceptions précises. Aussi a-t-il involontairement tendance à utiliser toujours les

images qu'il possède déjà, même si elles ne concordent pas exactement avec le genre de sensations actuelles. Ainsi elles faussent ces dernières et se déforment elles-mêmes. Par exemple, le jeune étudiant qui ne connaît encore que les râles sous-crépitants, s'efforce à tort de projeter leur image générique chaque fois qu'il croit les reconnaître. Il les confond souvent avec les frottements pleuraux sur lesquels il s'évertue à appliquer l'image du sous-crépitant qui, de la sorte se déforme. Cela vicie non seulement la perception actuelle mais aussi l'expérience future. Ainsi, en matière d'éducation sensorielle, une erreur de perception est non seulement un arrêt dans le perfectionnement, mais un véritable recul.

On ne saurait donc trop insister sur l'importance qu'il y a à surveiller l'édification progressive de ces images génériques et à s'appliquer à obtenir une harmonie entre cet enrichissement en images sensorielles et celui du vocabulaire technique.



II. — L'UTILISATION DE CES IMAGES DANS LA PERCEPTION DES SYMPTOMES



Ces images sont en somme le résumé de l'expérience passée ; leur grand intérêt est de pouvoir être projetées sur les sensations actuelles qui deviennent ainsi le substrat d'une perception. L'avantage de cette projection d'images est d'abord de rendre la sensation plus précise et plus subtile.

Mais l'intérêt de la perception ne vient pas uniquement de ce qu'elle affine les sensations. Lorsque le médecin perçoit un symptôme chez un malade, il fait autre chose qu'une simple découverte passive. En projetant l'image

sensorielle au-devant des sensations que lui fournit son malade, il juge qu'il y a une certaine affinité ou similitude entre ces caractères actuels du malade et ceux que l'image sensorielle avait schématiquement extraits de l'observation de tous les malades passés. Elle consiste, en somme, à comparer le malade actuel au nombre indéfini de malades passés, grâce à cette image générique, par exemple, en permettant de dire « le teint de ce malade est ictérique ». Le symptôme exprime donc une qualité sensible et la possession de son image générique par le médecin lui fournit la possibilité de l'appliquer sur de nouveaux malades, d'affirmer d'eux ou non cette qualité. Ainsi, il est une possibilité de jugements.

On peut donc considérer l'éducation sensorielle comme destinée à créer chez le médecin une richesse aussi grande que possible en jugements virtuels, jugements d'observation pourrions-nous dire ici, c'est-à-dire jugements fondés sur l'observation d'une qualité sensible, « jugements d'expérience » comme les appelle M. Goblot.

Car nous verrons plus loin que son éducation intellectuelle consiste à lui fournir une autre possibilité de jugements, fondés cette fois-ci sur des raisonnements scientifiques, et que son diagnostic a justement pour but de confronter avec ceux fondés sur l'observation.

Mais revenons à ces jugements d'observation caractéristiques de la perception. Ils consistent à attribuer une qualité sensible à un malade. Leur intérêt est primordial ; pourtant, même à supposer que les images sensorielles génériques aient été élaborées dans des conditions parfaites, le sujet encourt de nouveaux risques quand il les utilise pour ses perceptions en les projetant sur les sensations actuelles.

Le premier danger consiste, en effet, à évoquer et projeter des images qui n'ont qu'un rapport lointain avec la sensation actuelle, d'avoir ce qu'on appelle des idées préconçues, des images préconçues pourrait-on dire ici. L'évocation de ces images n'est plus alors déclanchée par les caractères objectifs de l'observation, mais par la disposition d'esprit quelquefois passagère de l'observateur. Le résultat est alors que l'on perçoit ce que l'on cherche et non pas ce qui est. Comme le dit Claude Bernard (1) « Si l'on observait avec des idées préconçues, on ferait de mauvaises observations et l'on serait exposé à prendre les conceptions de son esprit pour la réalité ».

Cela montre l'intérêt pour l'observateur à avoir en face des choses une véritable attitude critique. Il doit se méfier de déformer ses sensations en voulant trop bien les préciser par un apport d'images. Il doit, en somme, se garder d'une attitude trop active pour tendre à n'être d'abord que pur récepteur. Ce résultat est impossible à réaliser d'une manière absolue car la sensation est tout de suite l'occasion d'une perception c'est-à-dire d'une projection d'images sur les choses.

Pour montrer à quel point nos sensations sont minimes, à côté de ce que nous leur ajoutons, on pourrait prendre comme exemple la manière dont nous lisons un texte. Tout le monde sait que, lorsque nous lisons une suite de mots, nos yeux la parcourent avec une telle rapidité que nous n'avons pas le temps matériel d'en percevoir toutes les lettres. Des expériences ont montré que quelques-unes à peine sont reconnues et que, grâce aux quelques syllabes qu'elles évoquent nous imaginons tout le reste du texte. Nous nous contentons uniquement de prendre de temps en temps un appui furtif sur cer-

(1) Intr. Etude Médecine Expérimentale, *

taines syllabes pour vérifier l'accord entre l'image évoquée et le texte réel et pour permettre un envol nouveau à notre imagination. C'est ce qui explique qu'il faille s'appliquer à une technique toute spéciale pour lire des épreuves d'imprimerie que l'on veut corriger.

Mais il est un autre danger pour le médecin qui utilise ces images sensorielles. Il consiste dans une éducation sensorielle manquant d'uniformité dans les divers domaines, disposant dans certains cas d'images sensorielles très spéciales alors que dans d'autres elles sont encore à l'état rudimentaire ; ainsi certains étudiants qui se spécialisent trop tôt. Supposons que, sortant d'un service de tuberculeux pulmonaires, ils aient des malades quelconques à examiner. Leur observation sera très approfondie en ce qui concerne les symptômes pulmonaires, alors qu'elle sera rudimentaire en ce qui concerne le tube digestif par exemple. Si bien que même sans le vouloir, le résultat de leur observation sera déformé tout comme s'ils avaient un esprit systématique. D'où l'intérêt d'avoir une culture générale bien assise avant de se spécialiser.

Pour résumer ces notions, on pourrait dire qu'au point de vue sensoriel, les symptômes sont des images schématiques ne conservant que l'essentiel de l'expérience passée. L'éducation sensorielle du jeune médecin a pour résultat de meubler sa mémoire de ces sortes d'images et d'en contrôler la formation. Leur intérêt est de pouvoir être projetées au-devant des sensations actuelles pour les compléter et les préciser. Ainsi, la perception d'un symptôme est déjà un jugement, c'est-à-dire la découverte d'une certaine analogie entre l'expérience actuelle et l'image schématique résumant l'expérience passée. En ne conservant de celle-ci que les caractères essentiels, ces images sont déjà un découpage préparatoire aux systématisations que la science établit entre ces symptômes et que nous allons étudier maintenant.

CHAPITRE II

Les Caractères intelligibles du Symptôme L'Education intellectuelle du Médecin

Nous avons vu que pour former ces images sensorielles, le médecin ne retient de chaque malade que certains aspects particuliers. Ceux-ci sont ainsi abstraits de l'ensemble de tous les autres. En ne retenant que certains aspects qui peuvent se retrouver chez une quantité d'autres malades, le médecin fait également une généralisation. Quand il dit que l'un d'eux a le teint ictérique, il affirme implicitement que ce teint est analogue à d'autres déjà vus. De plus il limite son intérêt actuel en ne le concentrant que sur cette seule qualité d'ictérique. En effet, le malade peut en présenter d'autres et avoir également un cœur déficient ou les reins malades. C'est ce découpage de la qualité " ictère " parmi toutes celles que peut présenter le malade, cet établissement de limites assignables à un symptôme qui est en somme la création d'un genre.

L'esprit humain est tel qu'il ne peut se représenter les choses qu'après les avoir, au préalable, découpées en quantité de petits aspects qu'il s'efforce ensuite de réunir à nouveau pour les totaliser en une représentation unique. Pour se représenter tel malade particulier, il dit qu'il est à la fois atteint d'une maladie de cœur et de rein et qu'il a en outre un foie déficient.

Ces aspects ainsi découpés peuvent se retrouver chez d'autres malades avec d'autant plus d'exactitude que le découpage en aura été plus correct. C'est à former un genre que consiste ce découpage correct car il n'extrait de chaque malade concret que les caractères qui pourront être retrouvés exactement chez quantité d'autres malades et qui sont par cela essentiels et typiques.

La science consiste justement à préciser de mieux en mieux les limites exactes qu'il faut imposer à ces caractères essentiels pour que leur généralisation devienne de plus en plus étendue, c'est-à-dire à préciser une définition.

Mais ce n'est pas en elle-même que cette généralisation intéresse le praticien. S'il recherche des symptômes chez son malade, ce n'est pas dans l'unique intérêt d'affirmer que le malade qu'il a devant les yeux fait partie d'une classe, et qu'il y a actuellement par le monde des malades qui ont les mêmes symptômes que lui, qu'il y en a déjà eu dans le passé et qu'il y en aura encore dans l'avenir. Le symptôme ne l'intéresse que parce qu'il lui permet de se représenter son malade, parce qu'il est un élément de cette représentation. Mais celle-ci est féconde parce qu'elle est non pas un agglomérat de symptômes mais un système. Les symptômes sont, en effet, les éléments d'une systématisation et c'est en vue de cette systématisation qu'avait eu lieu ce découpage si délicat effectué dans les données des sens.

Ces systèmes, c'est la science qui les élabore, par exemple, elle énumère tous les symptômes qui peuvent apparaître dans l'ictère et que l'on peut retrouver par observation chez un malade. Le genre ictère exprime donc encore toute une possibilité de symptômes autres que celui qui a servi à le suggérer.

Le propre de la science est de découvrir tous les symptômes ou concepts que peut contenir un genre. Elle y parvient par des raisonnements nombreux et des expérimentations qui sont le propre de l'activité du savant plutôt que du praticien ; aussi ne les étudierons-nous pas ici.

Quelle que soit la nature des démarches du savant, la conclusion qu'il fournit est toujours un jugement : tel genre comprend tels symptômes ; ictère comprend teint jaune, ou bien présence de certains pigments anormaux dans le sang ou dans l'urine. Ce jugement est la conclusion de nombreux raisonnements scientifiques. Aussi pourrons-nous l'appeler, comme le fait M. Goblot, jugement de raisonnement, pour le distinguer de ceux qui résultent d'une expérience sensorielle. La connaissance de ces notions scientifiques est donc pour le médecin une nouvelle possibilité de jugements. Son éducation intellectuelle a pour but de lui fournir cette richesse en jugements virtuels, jugements de raisonnement cette fois-ci.

L'intérêt de cette application des genres morbides à des malades particuliers est le suivant : lorsque, grâce à un jugement d'observation, le médecin a découvert tel symptôme, c'est-à-dire, par exemple, qualifié d'ictérique le teint de son malade, ce qualificatif suggère tous les autres symptômes que les conclusions de la science ont fait entrer dans le genre ictère, par exemple les urines pigmentées. Ce nouveau symptôme que la science avait enchaîné au premier peut à son tour être l'objet d'un jugement d'expérience car il peut être recherché chez le malade grâce à ses caractères sensibles. Ce sera là un nouveau jugement d'expérience que nous appellerons jugement d'expérimentation pour le distinguer du premier qui avait été d'observation.

C'est grâce au jugement de raisonnement, fourni par la science à titre d'intermédiaire, que le médecin a pu passer d'un premier jugement d'observation à un dernier jugement d'expérimentation qui a augmenté ses connaissances, tout cela parce que le premier symptôme découvert par observation, grâce à ses caractères sensibles, possédait également des caractères intelligibles, parce qu'en plus d'une image, il était aussi un concept, c'est-à-dire appartenait à un genre.

L'intérêt des sciences médicales est de fournir au médecin ces genres systématisateurs de symptômes.

Mais il est curieux de constater que les liens logiques qui assurent cette systématisation, cet enchaînement des symptômes les uns aux autres pour former ces genres sont différents selon les divers domaines de la médecine et leur inégal développement.

Dans certains cas, qui deviennent plus rares aujourd'hui, la science n'a pu former ces groupes que par l'observation. Ils expriment uniquement que ces symptômes coexistent souvent ensemble ou se succèdent les uns aux autres, c'est-à-dire simplement l'apparence extérieure des choses. C'est le cas des syndromes anciens fondés uniquement sur l'observation clinique, par exemple la jaunisse, le rhumatisme, les fièvres paludéennes, quand ils n'avaient pas encore reçu les éclaircissements de la science moderne. Ces genres se créent peu à peu par l'observation clinique et sont le résultat d'une longue expérience personnelle et collective.

C'est à leur recherche que s'est appliquée la science antique et notamment la médecine grecque à ses débuts. C'est en cela qu'Hippocrate a été le premier des cliniciens car c'est à son école de Cos, que pour la première fois dans l'histoire on s'est appliqué à classer les maladies d'après les symptômes observés et non d'après des

théories a priori. C'est par la pratique médicale et l'éducation clinique seules que s'édifièrent de telles classifications. Ce sont uniquement des classifications de ce genre que les sciences médicales ont fournies aux praticiens jusqu'à la fin du XVIII^e siècle. En 1731, Sauvages classait encore les maladies en « vices, fièvres, phlegmasies, spasmes, anhélation, etc... », d'après des genres uniquement fondés sur l'observation.

Mais la médecine moderne a d'autres moyens que la simple observation clinique pour former ces genres. Elle part également de l'observation car tout comme le médecin antique, le médecin moderne s'intéresse à la couleur jaune du teint de son malade. Mais alors que le médecin antique recherchait le caractère le plus apparent pour en faire l'essentiel de tout le groupe, pour le médecin moderne, le caractère le plus apparent n'est plus considéré que comme un simple signe extérieur, servant à évoquer le groupe mais il n'en est plus l'essentiel. Cet essentiel n'est plus fourni spontanément par l'observation simple, mais est un caractère plus profond que les savants s'efforcent de déceler par des recherches des expérimentations et des raisonnements compliqués. Ce n'est qu'après avoir découvert ce caractère essentiel que le savant moderne établit les limites de son groupe en cherchant les cas dans lesquels ce caractère essentiel se retrouve. Si bien que souvent le groupe nosologique moderne n'a plus quelquefois qu'une correspondance assez lointaine avec le groupe ancien qu'il déborde de beaucoup. Ainsi, le syndrome ancien de jaunisse était uniquement fondé sur l'observation clinique qui avait depuis l'antiquité retenu la fréquence des conjonctives et des téguments jaunes, des urines colorées et quelquefois de certains troubles digestifs. Le caractère essentiel en était la couleur jaune qui en était également le signe évocateur perceptible à l'observation directe. En recher-

chant le mécanisme de production de tous ces symptômes, la science moderne a trouvé qu'ils dépendaient de la présence anormale de certains pigments dans le sang. Ce nouveau caractère caché a été considéré comme l'essentiel du syndrome, la couleur jaune décelable à l'observation ayant été reléguée au simple rôle de signe évocateur. Le syndrome ancien de jaunisse a dû être remplacé par le syndrome moderne d'ictère qui le dépasse largement, puisqu'il est des cas où la quantité de pigment dans le sang est tellement minime qu'elle ne peut se déceler à l'observation directe car elle ne produit aucun changement appréciable dans la coloration du teint ou des conjonctives ni dans celle des urines qui éliminent ce pigment. Le syndrome ne peut alors se déceler que par la recherche chimique de ces pigments dans l'urine par exemple.

Aussi la science moderne a-t-elle permis d'expliquer de nombreux syndromes depuis longtemps observés et même d'en découvrir de nouveaux.

La recherche des types cliniques par observation simple apparaît donc pour la science actuelle non plus comme le but des recherches scientifiques, mais comme le point de départ préparant une systématisation plus profonde et par là plus féconde pour le praticien.

En effet, lorsque ce dernier utilise des types cliniques uniquement fondés sur l'observation, il ne fait en somme que compléter son observation personnelle sans risque d'oubli en ayant par exemple présents à l'esprit tous les symptômes d'une fièvre quarte qu'il découvre chez son malade.

Quand il utilise les types cliniques modernes, il peut être amené à découvrir certains symptômes que son observation personnelle même très complète n'aurait pu

déceler : par exemple dans le sang de son malade, présentant une fièvre quarte, il découvre la présence d'un plasmodium permettant d'affirmer l'infection paludéenne.

Ce diagnostic moderne explique la formation de tous les symptômes grâce à ses étapes fonctionnelle, lésionnelle et étiologique, si bien qu'une fois celui-ci établi, le médecin n'a plus besoin de s'astreindre à découvrir dans tous leurs détails les symptômes de la fièvre quarte.

Ainsi l'on peut dire que selon les domaines de la science médicale, les symptômes qu'elle fournit au praticien peuvent avoir des caractères d'intelligibilité différents.

Tantôt ils ne sont que les éléments d'une systématisation fondée uniquement sur l'observation clinique, et lorsque le praticien les utilisera dans son diagnostic, il ne pourra se faire grâce à eux qu'une représentation imparfaite n'exprimant de son malade que les aspects extérieurs.

Tantôt ils sont les éléments d'une systématisation pathogénique moderne, fondée non plus sur la simple observation extérieure, mais sur la découverte du mécanisme profond de leur production. Ils permettront alors au praticien qui les utilise de se faire une représentation plus parfaite de son malade et d'en saisir de plus près l'individualité propre.

Mais pour être maniés avec fruit, les symptômes modernes demandent une plus grande tension intellectuelle que les symptômes anciens. Ils nécessitent de la part du praticien autre chose qu'un simple effort de mémoire n'aboutissant qu'à un inventaire des signes qui composent le type morbide, il ne suffit pas que le médecin puisse se rappeler sans en omettre aucun tous les symptômes possibles du diabète.

L'intérêt de chacun d'eux ne consiste pas uniquement à être un simple signe de la maladie, mais à avoir une place spéciale dans la systématisation qu'elle présente. Si dans les systèmes uniquement cliniques tous les symptômes apparaissent dans une certaine mesure sur le même plan et tirent le principal de leur valeur du genre morbide qu'ils désignent, dans les systèmes modernes, ils se présentent comme des éléments dont la place est bien spéciale au milieu des autres car la science a réussi à découvrir leur mécanisme de production et leur enchaînement réciproque. Pour pouvoir retirer tous les avantages représentatifs de ce symptôme moderne, il faut que le praticien soit surtout capable de comprendre la valeur et la place qu'il possède dans le groupe morbide. Par exemple, il est nécessaire non seulement qu'il sache que la glycosurie est un des symptômes du diabète mais qu'il comprenne le mécanisme de production de ce symptôme pour être apte à juger la valeur de ce signe d'après les circonstances qui le font apparaître ou disparaître chez un malade.

En somme, nous avons déjà vu que chaque symptôme était au point de vue sensoriel une image. Nous venons de voir maintenant que l'intérêt des symptômes est de pouvoir être enchaînés les uns aux autres pour former les systèmes cliniques ou pathogéniques que la science édifie. Ainsi, au point de vue intelligible, sont-ils des concepts.

Le premier caractère permet au médecin de les reconnaître au milieu de ses observations; le second lui permet d'édifier grâce à eux des hypothèses.

DEUXIÈME PARTIE

DU SYMPTÔME A LA MALADIE ET AU MALADE

Dans la première partie nous avons vu de quels éléments représentatifs dispose le médecin pour faire un diagnostic. Nous avons vu que tous les moyens qu'offre la science ne sont en somme que des systématisations de symptômes et que c'est la découverte des symptômes chez un malade qui, en suggérant les syndromes ou maladies, permet au praticien d'utiliser cette science.

Par rapport à chaque malade particulier les symptômes ne sont que des éléments abstraits car ils n'expriment qu'un aspect de son individualité, par exemple le caractère ictérique du teint n'exprime pas tout le teint du malade, de même que l'ictère n'exprime pas forcément toute sa personnalité morbide. Alors que l'œuvre du pathologiste avait été justement de procéder à ce correct découpage de caractères pour pouvoir ensuite les généraliser et les organiser en systèmes, l'œuvre du praticien consiste au contraire à rechercher quels aspects généraux se retrouvent chez son malade, quels divers symptômes il présente, puis par sa pensée à en refaire un total en les intégrant en une représentation complète de son sujet.

Alors que l'œuvre du savant consiste à rechercher les caractères abstraits et généraux, celle du praticien consiste à regrouper ces caractères abstraits pour leur faire exprimer un malade particulier, c'est-à-dire à utiliser des éléments généraux pour exprimer l'individuel.

Nous pouvons donc dire que le diagnostic consiste pour le médecin non pas seulement à découvrir une maladie, car il resterait encore dans le domaine des abstractions et des généralités, mais à se représenter un malade en utilisant les notions que la science lui apporte sur les maladies. Cette adaptation de la science au concret est tout l'essentiel du diagnostic et tout l'art du praticien.

D'un côté elle apparaît d'abord comme la recherche des maladies qui peuvent être découvertes chez le malade, elle consiste simplement à affirmer une ou plusieurs maladies ; mais d'un autre côté elle consiste à intégrer tous ces types morbides généraux en une représentation unique et complète de la personnalité morbide du malade.

La difficulté du premier aspect consiste en ce que bien souvent, il s'agit de songer à l'existence d'une maladie et de la prouver alors que la symptomatologie que le malade en présente est loin d'être complète.

Quant à la deuxième attitude, elle consiste justement après avoir décelé les nombreuses causes pathogènes qui interviennent chez un malade particulier, à comprendre comment l'ensemble de ces causes empêche chacune d'elles de présenter la symptomatologie entière qui la caractérise quand elle agit isolément.

C'est le premier aspect que nous allons envisager d'abord. Pour cela nous allons étudier les procédés classiques de diagnostic que l'étudiant apprend à utiliser.

CHAPITRE PREMIER

Le Diagnostic en tant que recherche de Maladie chez un Malade

I. — EXPOSÉ DE LA MÉTHODE.

Quand il quitte la faculté, le jeune médecin utilise les méthodes que lui ont enseignées ses maîtres et grâce auxquelles il a acquis peu à peu ses aptitudes professionnelles. Celles-ci dépendent non seulement de ses capacités intellectuelles, mais beaucoup de la façon dont il s'est appliqué devant ses malades à effectuer pas à pas la suite de recherches que ses professeurs lui ont toujours recommandée. Il évite ainsi de s'égarer, opère avec sécurité et prend peu à peu confiance en lui-même.

Ces méthodes lentes mais sûres consistent à envisager systématiquement l'une après l'autre toutes les hypothèses que permet la pathologie. Celle-ci nous montre, en effet qu'un symptôme peut être commun à de nombreuses maladies, mais que dans chacune d'elles il se trouve associé à d'autres qui lui donnent sa signification particulière.

Comme nous l'avons vu, ces symptômes sont groupés en syndromes et ces syndromes en maladies.

Le point de départ de ces méthodes de diagnostic réside toujours dans la constatation d'un premier symptôme par observation ou interrogatoire du malade. En partant de ce premier symptôme on peut remonter d'une façon presque automatique à la maladie. En effet, on utilise des sortes de tables où l'on indique avec quels autres signes ce premier symptôme peut être lié. Il suffit alors de vérifier si le signe en question existe chez le malade pour pouvoir prendre en considération ou rejeter les hypothèses qu'il entraîne.

Pour utiliser ces tables, il suffit à première vue d'une bonne mémoire, afin de se rappeler tous les embranchements de la table et d'une bonne éducation sensorielle pour reconnaître les symptômes chez les malades. A chaque pas ces sortes de tables posent à ceux qui les utilisent la question suivante : « tel symptôme existe-t-il chez le malade ? » Pour répondre il suffit de savoir observer. De la sorte, à chaque étape, le nombre d'hypothèses possibles se restreint, car les observations successives n'en conservent qu'un nombre de plus en plus limité.

Nous allons prendre un exemple de cette méthode dans l'ouvrage classique qu'est le " Diagnostic clinique " de Martinet.

Cet ouvrage, dans sa première partie, expose comment on opère, pour examiner un malade, par quels procédés techniques on arrive à découvrir des symptômes, ce qui signifie bien qu'il faut au préalable savoir observer correctement.

La seconde partie traite plus spécialement du Diagnostic et montre comment en partant d'un symptôme ou d'une série de symptômes on peut remonter à la maladie.

Nous allons prendre comme sujet d'étude le chapitre relatif à l'ascite.

On voit tout de suite que ce diagnostic comprend deux étapes ; d'abord il s'agit de prouver d'une façon sûre que le malade présente un syndrome d'ascite et d'écarter les syndromes voisins qui ont une symptomatologie commune ; ensuite il s'agit de trouver les causes qui ont fait apparaître ce syndrome chez le malade, en recherchant quels symptômes supplémentaires se surajoutent au tableau clinique de l'ascite.

A - DIAGNOSTIC DE SYNDROME. — La première étape que l'on pourrait appeler diagnostic du syndrome commence par la recherche chez le malade de tous les symptômes propres à l'ascite, cela par inspection, percussion, palpation, percussion et palpation combinées.

En effet, l'ouvrage énumère tous les genres de symptômes contenus dans le syndrome d'ascite, tous explicables par la présence de liquide dans le péritoine. Cette énumération évite au médecin de les rechercher au préalable dans sa pensée en déduisant leur existence de celle du liquide intrapéritonéal, comme ont été obligés de le faire les inventeurs du syndrome. C'est donc une économie de pensée.

Chacun de ces symptômes est recherché par une observation dont le résultat permet de formuler un jugement affirmant ou n'affirmant pas ce symptôme. Il s'agit là du jugement d'expérience dont le médecin a été rendu capable grâce à son éducation sensorielle qui lui a appris le caractère sensible des symptômes, lui permettant ainsi de les retrouver chez ses malades.

1° *Par le moyen d'un symptôme pathognomonique.* — Mais si cela est possible le but recherché par le médecin est de découvrir un symptôme pathognomonique, c'est-

à-dire dont l'affirmation expérimentale entraîne nécessairement celle du syndrome lui-même. Ce sont les connaissances scientifiques du médecin qui, lui apportant les notions sur le mécanisme de production des symptômes, lui permettent d'envisager un symptôme pathognomonique s'il y en a un : ainsi le signe de flot dans le cas d'ascite.

Lorsque ce signe est retrouvé chez le malade, le médecin passe de cette constatation à l'affirmation du syndrome en formulant un véritable syllogisme :

Le *signe de flot* entraîne l'existence de l'ascite.

Or,

le *signe de flot* est l'observation actuelle.

Donc,

l'observation actuelle entraîne l'existence de l'ascite.

Sous cette forme, c'est un syllogisme de la troisième figure dont le moyen, terme commun aux deux prémisses, est le symptôme intéressant car objet d'observation, c'est-à-dire la sensation de flot.

La majeure enchaîne cette sensation de flot à l'hypothèse d'ascite ; elle exprime donc des connaissances scientifiques que les savants ont au préalable découvert par leurs recherches et que le praticien utilise sous la forme d'un jugement de raisonnement résultat de son éducation sensorielle.

Quant à la mineure, elle exprime la constatation du symptôme sous la forme d'un jugement d'expérience rendu possible grâce à l'éducation sensorielle.

La conclusion affirme l'existence du syndrome chez le malade.

2° - *Par le moyen de symptômes de probabilité.*

Malheureusement ce symptôme pathognomonique, permettant d'affirmer nécessairement le syndrome, ne peut être toujours perçu chez le malade et n'existe pas pour

toutes les maladies. Aussi faut-il se contenter des autres symptômes. Eux aussi sont constatés par une observation ainsi que l'affirmera encore la mineure de leurs syllogismes ; mais la majeure qui énonce le rapport scientifique entre leur existence et celle du syndrome, n'exprimera plus la nécessité, mais seulement la possibilité. Aussi dans la conclusion ne pourra-t-on affirmer que la possibilité de l'ascite et non plus sa nécessité. Aussi est-ce par l'accumulation de tels symptômes et la répétition de syllogismes analogues qu'on arrivera à affirmer l'ascite avec un degré d'assurance suffisant, par exemple :

La *sensation de matité* exprime la possibilité de l'ascite

Or,

la *sensation de matité* est la constatation actuelle

Donc

la constatation actuelle exprime la possibilité de l'ascite.

Mais lorsque de la sorte aucun symptôme pathognomonique n'a été découvert, il n'y a aucune certitude absolue d'ascite, mais simplement une probabilité, aussi pour acquérir son assurance, le médecin doit-il effectuer une démarche complémentaire. Celle-ci consiste à éliminer certains syndrômes qui ont des symptômes communs avec l'ascite mais chez lesquels ces symptômes communs sont alors nuancés de qualités différentes. Par exemple, le météorisme abdominal, l'œdème de la paroi, la rétention d'urine, la grossesse, le kyste de l'ovaire. Il ne s'agit pas de découvrir des genres nouveaux de symptômes mais de préciser les caractères de ceux qu'on a déjà découverts par l'observation première, c'est-à-dire de fouiller en profondeur les résultats de cette observation directe, sans pour cela l'étendre nécessai-

rement à d'autres symptômes nouveaux. (Il est à remarquer que tous ces nouveaux caractères auraient pu très bien être découverts par un examen direct très approfondi).

Ainsi le malade atteint de météorisme abdominal appartient à première vue au même genre que celui qui est atteint d'ascite car tous les deux ont un gros ventre si bien que les gens non avertis de la médecine les distinguent rarement. En appliquant la méthode avec précision le médecin découvre que ce gros ventre est du genre sonore dans les deux cas, mais que dans le météorisme cette sonorité revêt un caractère de netteté qu'elle n'a pas dans l'ascite. Il découvre également que dans le météorisme, cette sonorité est à peu près invariable avec les diverses positions du malade alors qu'elle est variable dans l'ascite.

De même lorsqu'on veut éliminer le syndrome de rétention d'urine ; grâce à la méthode, le médecin va être amené à rechercher des précisions, par exemple que la matité déjà découverte par observation première n'est pas à convexité supérieure comme dans la rétention d'urine mais à concavité supérieure ce qui confirme l'ascite. Ainsi après son observation faite, il combinera les trois jugements suivants en un nouveau syllogisme.

La matité de la rétention d'urine est à convexité supérieure.
Or,
la matité observée n'est pas à convexité supérieure.
Donc,
la matité observée n'est pas la matité de la rétention d'urine.

Dans ce syllogisme nous voyons en effet que le moyen terme sur lequel porte toujours l'intérêt, et qui est commun aux deux prémisses, est une qualité : « à convexité

supérieure ». Au contraire, dans les syllogismes précédents, on cherchait l'existence d'un genre, c'était lui que contenait le moyen terme et que le jugement d'expérience affirmait. Ici c'est une qualité du genre qui est repoussée, c'est cette qualité qui est désignée par le moyen terme et que le jugement d'expérience déclare ne pouvoir constater.

L'intérêt de ce syllogisme est de réussir ou non à qualifier le symptôme déjà constaté : la matité.

La majeure exprime toujours des connaissances scientifiques découvertes par des chercheurs et que le livre en question fournit ici au médecin sans effort de recherche. On lui demande simplement de retenir un rapport, une liaison, dont la légalité lui a été jadis démontrée pendant ses études et qu'il pourrait d'ailleurs retrouver actuellement. Pour le moment on ne lui demande que de l'admettre. Cette liaison s'énonce « la matité de la rétention d'urine est à convexité supérieure ».

La mineure exprime toujours les résultats de l'observation, c'est-à-dire le seul travail original que cette méthode semble demander au médecin : « la matité observée n'est pas à convexité supérieure ».

Enfin la conclusion élimine un syndrome qui ne convient pas : « la matité observée n'est pas la matité de la rétention d'urine ».

Ainsi, le syndrome d'ascite a été affirmé soit par le moyen d'un symptôme pathognomonique et alors d'emblée, soit par le moyen de symptômes de probabilité qui exigent alors une démarche complémentaire consistant à écarter les syndromes voisins.

La première étape du diagnostic étant ainsi franchie, et le syndrome étant de la sorte affirmé, le médecin passe à la seconde étape qui consiste à rechercher les causes qui ont provoqué l'apparition de ce syndrome chez le malade, c'est-à-dire à faire un diagnostic pathogénique.

B - *Diagnostic pathogénique*

Pour ce diagnostic, l'ouvrage présente au médecin les différentes hypothèses de maladies selon leur ordre de fréquence. D'abord celles qui se rencontrent le plus souvent : maladies du foie, du péritoine, du cœur ; ensuite les plus rares : mal de Bright, troubles de la crasse sanguine (cachexie), phlébite de la veine porte, ascite chyleuse.

Ainsi renseigné, le médecin envisage d'abord comme cause la possibilité d'une maladie de foie. Il va opérer alors tout comme il l'a déjà fait pour le diagnostic de syndrome. Il cherche alors un symptôme pathognomonique. Si la maladie n'en comporte pas, ou si le malade n'en présente pas, le médecin commence à rechercher la suite nombreuses des autres symptômes par observation ou interrogatoire, de façon à pouvoir affirmer la maladie avec une assurance de plus en plus grande.

Les hypothèses lui sont toujours fournies automatiquement par l'ouvrage, lui-même n'intervenant que pour les faire affirmer par les faits et à chacun d'eux, il affirme une fois de plus la possibilité de la maladie par un syllogisme :

Une grosse rate entraîne la possibilité d'une maladie
de foie.

Or, le malade présente *une grosse rate*.

Donc le malade présente la possibilité d'une maladie
de foie.

Dans ce syllogisme le moyen terme intéressant est « une grosse rate », c'est-à-dire un symptôme d'un genre nouveau, en apparence étranger à la symptomatologie de l'ascite.

La majeure est comme toujours l'énoncé d'une connaissance scientifique. La mineure exprime le résultat de l'observation et la conclusion la possibilité de la maladie.

Le résultat de cette observation, exprimé par la mineure, aurait très bien pu dans le cas actuel de grosse rate être fourni par l'observation première, sans l'intermédiaire d'aucune hypothèse ; de même la présence chez le malade d'une période antérieure de troubles gastriques, comme cela est habituel chez les hépatiques.

Un interrogatoire systématique et complet l'aurait évidemment décelé, mais ces symptômes n'auraient pas eu la même signification féconde que maintenant. Ils auraient pu seulement suggérer des hypothèses, maintenant ils en vérifient une et la précisent.

Cependant, il y a des symptômes plus cachés qui n'ont pu être observés chez le malade qu'après avoir été au préalable évoqués par une hypothèse. Ainsi les résultats de l'analyse chimique et cytologique du liquide d'ascite : dans le cas d'ascite, ce liquide doit être séreux, contenir peu de fibrine, peu d'éléments figurés, peu de substances albuminoïdes, c'est-à-dire différent des liquides inflammatoires, riches en leucocytes en fibrine, en substances albuminoïdes.

On ne se hasarde pas à faire une ponction sans avoir au préalable réfléchi aux renseignements qu'elle peut apporter, et à son utilité pour le diagnostic ; il faut savoir auparavant ce qu'on va lui demander. Elle est une réponse à une question qu'il faut formuler au préalable.

Enfin, lorsque le médecin demande à un spécialiste de rechercher les amibes dans les selles ou d'examiner le sang pour y rechercher une réaction leucocytaire caractéristique des maladies parasitaires, il s'agit alors de symptômes qui n'auraient guère été décelés par l'observation primitive et que seule l'hypothèse a pu évoquer. Autrement il aurait fallu une observation première d'une complexité fantastique dont nous étudierons plus loin les dangers.

Lorsque le médecin a affirmé de la sorte une des causes de l'ascite, si elle ne lui semble pas assez évidente à cause de l'absence de symptôme pathognomonique, il lui reste à montrer que les autres causes sont en opposition avec l'observation actuelle. Pour cela, comme il l'a déjà fait pour le diagnostic de syndrome, il montre que les symptômes observés ne possèdent pas les qualités qu'entraîneraient ces causes.

Il opère toujours par syllogisme, dans lequel le moyen terme n'est autre que ces qualités qu'il s'agit de faire affirmer ou non par l'observation.

Ainsi peu à peu, ayant opéré avec méthode, le médecin arrive à terminer son diagnostic en utilisant toutes les données que la science actuelle peut lui fournir.

II. — *Application clinique de cette méthode*

A titre d'exemple, et pour montrer sur le vif comment le médecin met en œuvre cette méthode, nous allons assister à une consultation clinique. Comme il s'agit d'un examen de malade fait dans un hôpital (1) en présence d'étudiants, on pourrait objecter que le médecin donne à sa pensée une forme didactique un peu différente de celle qu'elle revêt spontanément quand il fait le diagnostic pour lui-même. Aussi, avons-nous choisi un cas où le professeur voyait son malade pour la première fois et n'avait eu au préalable, aucun renseignement à son sujet.

Un malade entre dans la salle ; on le fait asseoir en face du médecin ; on lui demande le motif de sa visite. Il déclare qu'il a été saisi d'inquiétude car son ventre s'accroît d'une manière démesurée depuis un mois et demi, ce qui le gêne et l'empêche presque de boutonner

(1) Clinique du Pr. SURMONT, Lille, 1930.

son pantalon. Le médecin lui demande tout de suite son âge — il a 62 ans, — sa profession — il travaille dans une fabrique de ciment. — Déjà, le médecin échafaude des hypothèses et cherche à fixer sa pensée d'abord errante et indécise. Le gros ventre progressivement accru le fait songer d'emblée à l'ascite et avant même d'avoir la preuve de son existence, il en évoque déjà les causes possibles, surtout les plus fréquentes : foie, péritoine, cœur. L'âge est intéressant à connaître, 62 ans n'est pas incompatible avec la décompensation d'un cœur depuis longtemps lésé, ou l'existence de quelque cancer. Aussi provoque-t-il des renseignements complémentaires. Il va falloir préciser toutes ces hypothèses vagues et les compléter par d'autres, aussi le médecin lui demande des détails sur la façon dont ces troubles ont apparu ; si bien que le malade déclare avoir, en effet, eu une période préalable de maux de ventre de 2 à 3 mois de durée. Les hypothèses du médecin se précisent alors un peu. Il s'agit d'un processus qui a débuté par une phase aiguë. Sans doute quelque processus infectieux ? En effet, il demande aussitôt au malade s'il ne s'est pas aperçu d'avoir eu la fièvre à cette époque. Le malade répond que non. Le médecin semble alors abandonner momentanément l'élaboration de ces hypothèses et, pour un temps, reprendre un interrogatoire systématique, car il lui demande des précisions sur les maladies qui ont sévi dans sa famille. Le malade apprend que ses parents sont morts à 76 et 78 ans sans avoir été malades durant leur vie.

Quand il est appelé à préciser ses maladies antérieures, le malade dit avoir eu, il y a six ans, des douleurs dans le côté droit, il a dû alors s'aliter et le médecin consulté à cette époque lui a déclaré qu'il avait une congestion du foie. Voilà donc l'hypothèse d'une maladie de foie qui se précise. Il s'agit d'en savoir l'origine, aussi le médecin essaie-t-il d'obtenir des renseignements plus précis sur la

période antérieure à cet accident de congestion du foie. A force de poser des questions, il apprend que le malade était au Soudan en 1890 et y a souffert de la dysenterie. Il est probable que le médecin songe alors à l'hypothèse de dysenterie amibienne.

Cet interrogatoire initial, mené tantôt d'une façon systématique, tantôt au hasard des hypothèses a eu l'avantage de préciser déjà et de situer la personnalité du malade, de mettre en avant certaines hypothèses et d'évoquer beaucoup de questions que les examens ultérieurs permettront de résoudre.

Commençant à examiner le malade, le médecin retient son aspect général anémié, son visage un peu jaunâtre en remarquant que ce n'est cependant pas la teinte jaune paille du cancéreux. Il songe alors à l'hypothèse d'ictère, mais en découvrant complètement le malade, il constate que la couleur du reste du corps est demeurée normale et cette hypothèse est repoussée.

Peut-être est-ce cependant une affection du foie sans ictère, aussi demande-t-il au malade s'il a bon appétit, s'il n'a pas de dégoût pour certains aliments — le malade digère bien tous les aliments, même les corps gras qu'il mange avec plaisir.

Le médecin s'applique alors à examiner plus particulièrement l'abdomen et auparavant il demande si le malade ressent actuellement des douleurs — celui-ci répond qu'il a simplement l'impression d'être dans un corset —. Sans doute que cette ascite n'est pas d'existence très ancienne car les muscles abdominaux possèdent encore de la tonicité et repoussent vers l'intérieur le liquide qui comprime les viscères, ce qui donne au malade cette impression d'être comprimé. Cependant, la respiration n'en est qu'à peine altérée car elle est restée du type abdominal, normal chez le sexe masculin ; mais elle est

simplement rendue un peu superficielle. Le ventre encore un peu maintenu par la sangle musculaire ne prend pas la forme étalée du « ventre de batracien » caractéristique de l'ascite.

Aussi faut-il serrer de plus près cette hypothèse d'ascite. L'inspection du malade ne permet pas de constater de circulation collatérale periombilicale ce qui prouve que s'il y a ascite par barrage hépatique, celui-ci n'est pas complet. L'ombilic lui aussi n'est pas déplissé comme dans certaines ascites. Il s'agit donc maintenant de discuter de près cette hypothèse.

En effet, on découvre par percussion, palpation séparées puis combinées tous les signes classiques de l'ascite : matité des flancs, et sonorité médiane, limite de la matité formant une ligne à concavité supérieure, variation des emplacements relatifs de la sonorité et de la matité selon les positions du malade, phénomène de flot très net. Tout cela prouve l'ascite non cloisonnée et l'on peut laisser de côté l'hypothèse de péritonite enkystée. Il s'agit maintenant de rechercher les causes de cette ascite.

Le médecin s'applique d'abord à rechercher par percussion les limites du foie. La limite supérieure est dans le 4^e espace intercostal droit, la limite inférieure est impossible à déceler à cause du liquide. La palpation du foie est également impossible pour la même raison. La rate n'est pas percutable. On ne pourra continuer l'examen du foie qu'après avoir retiré ce liquide par ponction. Auparavant on continue l'examen général : le médecin constate de l'œdème des membres inférieurs. Aussitôt les hypothèses se multiplient. Est-ce un œdème d'origine cardiaque par stase veineuse ? Est-ce un œdème d'origine rénale par rétention des chlorures dans le sang ? Ou bien ces deux causes seraient-elles associées ?

L'œdème est bien blanc comme lorsqu'il y a lésion rénale, mais en interrogeant le malade, le médecin apprend que cet œdème n'est pas apparu insidieusement derrière les malléoles comme l'œdème rénal mais qu'il s'est généralisé d'emblée à toute l'extrémité inférieure des membres pour remonter maintenant jusqu'aux cuisses. Il est apparu il y a une dizaine de jours alors que le ventre était déjà ballonné. Il semblerait alors plutôt d'origine circulatoire ; d'ailleurs l'examen d'urine n'a rien montré d'anormal.

Mais ce trouble circulatoire ne semble pas généralisé car il n'y a pas d'œdème à la face ni aux membres supérieurs. Le cœur serait-il étranger à ces troubles circulatoires. Le médecin examine donc le cœur. Il le trouve normal, sans hypertrophie. La tension artérielle est normale. Le poumon où se manifestent aisément les signes de mauvaise circulation est normal aussi. La cause doit donc en être locale. L'examen des réflexes n'apporte aucun renseignement.

Si cette cause est locale, sans doute est-elle produite par la compression mécanique de la veine cave inférieure par le liquide d'ascite ; en effet, l'apparition de l'ascite a précédé celle des œdèmes.

On effectue alors la ponction de l'ascite. On en retire 7 litres, quantité suffisante pour provoquer une compression de la veine cave. Du coup la percussion et la palpation vont pouvoir fournir des renseignements nouveaux. Le médecin découvre alors que le bord inférieur du foie est lisse et tranchant. Cette sclérose du foie précise de plus en plus l'hypothèse d'ascite par barrage hépatique. En outre, on perçoit que le lobe médian du foie est hypertrophié. La rate est devenue percutable sur 14 centimètres au lieu des 4 à 6 centimètres normaux.

L'examen du liquide retiré par ponction apporte des renseignements nouveaux : la réaction de Rivalta est négative et l'examen cytologique du liquide (11 % de polynucléaires, 72 % de lymphocytes), indique qu'il ne s'agit pas d'un liquide produit sur place par exsudation inflammatoire du péritoine, ce qui infirme l'hypothèse de péritonite que l'examen clinique avait déjà infirmé lui aussi. Il s'agit de liquide de stase transsudé depuis la veine cave ou la veine porte. La deuxième hypothèse est la plus probable car elle concorde avec la présence d'un foie scléreux.

S'il y a eu stase de la veine cave, elle a été secondaire à l'ascite, ce qui explique que l'œdème des membres inférieurs ait apparu consécutivement à l'ascite. D'ailleurs une stase de la veine cave produite directement par sclérose du tissu hépatique nécessite une disposition anatomique rarement rencontrée dans les rapports du foie et de la veine porte enserrée dans un véritable anneau. Pourtant les symptômes de l'hypertension portale ne sont pas au complet : en effet, il n'y a pas de diarrhée, donc pas de refus d'absorption portale, il n'y a pas de stase au niveau de la veine mésentérique supérieure ou des veines de l'estomac car pas de vomissements de sang par varices œsophagiennes. Mais la rate étant hypertrophiée, on peut admettre que le syndrome d'hypertension portale est localisé à la veine splénique.

Arrivé à cette étape de son diagnostic, le médecin s'arrête un instant et fait un inventaire rapide des hypothèses que son examen a rendu plausibles. Il s'agit d'un syndrome d'hypertension portale localisée à la veine splénique chez un malade au foie scléreux avec hypertrophie du lobe médian et dont les accidents d'hypertension portale ont suivi immédiatement une période de

douleurs dans le bas-ventre. Ayant fait ainsi un diagnostic lésionnel et fonctionnel, le médecin recherche la cause de ces lésions du foie.

Il ne s'agit probablement pas d'un cancer, car le liquide n'a montré aucune cellule vacuolaire et aucun signe d'hémorragie.

De plus le cœur paraît normal et étranger à la production de l'œdème des membres inférieurs. D'ailleurs quelquefois ces œdèmes peuvent être dus à des causes non mécaniques : troubles de la crasse sanguine par altération de la cellule hépatique ; mais de tels œdèmes seraient généralisés tandis que ceux du malade sont bien localisés et sont probablement d'origine mécanique.

Quant aux causes de la cirrhose du foie, on ne peut songer à la syphilis, car la réaction de Wassermann pratiquée dans le liquide d'ascite est négative ; or, quand il y a syphilis elle est positive dans ce liquide, alors même qu'elle reste négative dans le sang.

On pourrait peut-être songer à une cirrhose éthylique cependant le malade déclare être très sobre et ne présente aucun signe d'intoxication éthylique.

On pourrait également songer à la tuberculose car l'examen du liquide a montré une lymphocytose légère mais cependant pas suffisante pour imposer le diagnostic. Cependant ni l'auscultation ni la radiographie des poumons ne révèlent des traces de lésions bacillaires. La radioscopie montre bien des hiles pulmonaires un peu obscurcis, mais l'âge du malade et les poussières qu'il absorbe dans son métier de cimentier peuvent suffire pour expliquer cet obscurcissement. De plus il n'y a pas de bacilles dans le liquide d'ascite.

Toutes ces hypothèses étant écartées, on peut envisager celle d'amibiase chronique qui concorde avec la dysenterie dont le malade a été atteint au Soudan et la

congestion hépatique il y a six ans. Cette petite lymphocytose, ces douleurs dans le ventre semblent concorder avec une affection amibienne produisant des lésions trop minimes pour donner des selles sanglantes. Or les amibes peuvent produire toutes sortes de cirrhoses.

Le médecin ordonne donc un examen des selles et dès maintenant un traitement contre l'amibiase.

Or, on apprend quelques jours après que l'examen des selles a montré des amibes et que l'état du sujet s'améliore nettement ce qui confirme le diagnostic.

III. — *Les caractères de cette méthode*

En réfléchissant sur les caractères de cette méthode classique de diagnostic on peut dire qu'elle a pour but principal d'évoquer des hypothèses à l'occasion d'une première observation, puis de les vérifier par des observations ultérieures. Cette méthode prouve en somme, que le symptôme qui, pris en lui-même, n'est qu'un simple signe d'un état anormal n'acquiert une véritable valeur représentative et ne permet d'utiliser la science que lorsque le médecin a réussi à rattacher à lui des hypothèses grâce à des connaissances scientifiques préalables.

Ainsi, l'intérêt des symptômes perçus par observation première et interrogatoire initial vient de ce qu'ils évoquent plusieurs hypothèses concurrentes qui vont être objets de la critique ultérieure.

Cette critique s'effectue grâce à l'observation seconde qui permet comme nous l'avons vu, soit de préciser certaines qualités des symptômes déjà perçus par observation initiale, soit de découvrir des symptômes complètement nouveaux. Ainsi cette observation seconde n'arrive à fournir des résultats plus précis que parce qu'elle est une véritable réponse aux questions que sont les hypothèses. La précision de la réponse dépend

d'abord de celle de la question. Le principal est d'avoir assez de connaissances scientifiques pour se poser des questions précises à l'occasion des premiers symptômes observés.

Ainsi l'on peut dire que l'observation des symptômes et la conception des hypothèses sont à tout instant intimement liées, d'où l'inélégance et les dangers de la méthode qui consisterait à séparer artificiellement ces deux attitudes complémentaires pour en faire deux étapes successives et distinctes du diagnostic.

Il y aurait d'abord une première phase d'observation qui aurait pour but de recueillir la totalité des symptômes présentés par le malade et une deuxième phase qui consisterait à réfléchir sur les résultats de cette observation pour en extraire un diagnostic.

Pour que cette réflexion puisse apporter des résultats convenables, il faudrait que l'examen préalable ait été complet si l'on s'interdit de revenir à nouveau vers les faits. Or qu'entend-on par examen complet ? Peut-on jamais dire qu'on ait fait un examen complet d'un malade ? On peut dire qu'un examen a été complet par rapport à une maladie envisagée car on peut savoir si on a découvert ou recherché tous les signes qui permettent ou non de prouver cette maladie, et cela d'après l'état actuel de la science. Mais un examen absolument complet d'un malade consisterait à rechercher chez lui tous les symptômes de toutes les maladies, ce qui est impossible et inconcevable. Un examen ne peut être complet que relativement à des hypothèses. L'art consiste justement à faire une observation première assez étendue et correcte pour pouvoir évoquer convenablement les quelques hypothèses qui paraissent applicables au malade et sur lesquelles portera la discussion ultérieure du diagnostic.

Cette observation initiale correcte a pour but d'orienter les observations suivantes dans quelques directions essentielles, c'est pour cela qu'elle doit être générale, porter sur la totalité du malade, ne pas être limitée par des idées préconçues. Une fois qu'elle a évoqué des hypothèses, le médecin fait alors de nouvelles observations, il revient vers les faits déjà observés, mais il les regarde alors sous un angle différent qui lui permet d'approfondir son examen et de découvrir des détails nouveaux. L'observation première d'abord générale était restée forcément superficielle ; à mesure que les hypothèses se limitent, les observations successives deviennent de plus en plus profondes. Le propre de l'observation première avait été surtout d'être générale, celui des observations ultérieures est surtout la précision de plus en plus minutieuse si bien qu'on peut dire qu'une observation ne devient réellement précise qu'autant qu'elle a été précédée d'hypothèses et qu'elle est une réponse à une question.

Aussi faut-il se défier de ces méthodes qui sous prétexte de faire une observation rigoureuse, s'appliquent d'emblée à des examens de laboratoire avant d'avoir fait auparavant un bon examen clinique. En se laissant suggérer des hypothèses par un examen qui, sous prétexte d'être précis, sera forcément limité, ils se fourvoient souvent dans des hypothèses compliquées et infécondes et passent à côté de celles que le simple bon sens leur aurait permis d'envisager d'emblée.

Ainsi le cas de ce malade d'aspect hypocondriaque qui se plaignant de toutes sortes de malaises s'était adressé à un « Institut médical de recherches ». Là on le fit défiler dans toutes sortes de laboratoires. Après de nombreux examens d'une technique compliquée, les renseignements recueillis formèrent un important dossier. Mais la conclusion de cette observation impressionnante fut... qu'il n'était atteint d'aucune maladie.

Il avait manqué à ce grand appareil un esprit capable d'imaginer des hypothèses.

Mais même y en aurait-il eu un, qu'il aurait été dans de très mauvaises conditions pour cela. Cette observation énorme l'aurait écrasé par la masse de ses renseignements que lui-même n'aurait pas sollicités. Mais malgré son apparente précision, cet examen aurait été incapable de préciser justement certaines nuances particulières nécessaires pour prouver ou infirmer certaines de ses hypothèses.

Les recherches de laboratoires ne fournissent que des réponses aux questions posés par l'examen clinique. C'est à ce dernier que revient le rôle de suggérer au préalable ces hypothèses et ces questions.

Ainsi l'on peut dire que la pensée du praticien ne progresse que par l'emploi simultané et l'appui réciproque de l'observation des faits et de la conception des hypothèses. C'est par un continuel va et vient de la pensée entre les idées et les faits que peu à peu le diagnostic se précise ; et l'on pourrait dire du praticien ce que C. Bernard a dit du pathologiste « le savant complet est celui qui embrasse à la fois la théorie et la pratique expérimentale : 1°) il constate un fait ; 2°) à propos de ce fait, une idée naît dans son esprit ; 3°) en vue de cette idée, il raisonne, institue une expérience, en imagine et en réalise les conditions matérielles ; 4°) de cette expérience résultent de nouveaux phénomènes qu'il faut observer et ainsi de suite. L'esprit du savant se trouve en quelque sorte toujours placé entre deux observations, l'une qui sert de point de départ au raisonnement, et l'autre qui lui sert de conclusion » (1).

(1) Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.

CHAPITRE II

Le Diagnostic en temps que représentation d'un Malade

I. — IL EST UNE VÉRITABLE CONSTRUCTION ÉTABLIE GRACE A DES JUGEMENTS DE VALEUR

Nous n'avons étudié jusqu'ici qu'un aspect du diagnostic car le but recherché par le médecin n'est pas seulement de découvrir une maladie, mais plutôt de se faire une représentation aussi complète que possible de son malade.

En effet, lorsqu'un médecin, par la découverte de certains symptômes prouve par exemple, que son malade est atteint de fièvre typhoïde, il affirme par là que cet organisme est infecté par des bacilles d'Eberth. Il a fait alors un diagnostic de maladie.

Cependant, ce n'est là qu'une expression partielle des causes qui entrent en jeu chez le malade. Aussi le médecin recherche-t-il les antécédents, essaie-t-il de se faire une idée du tempérament du malade, de la capacité de résistance de ses organes. Il envisage également le degré de gravité de l'épidémie elle-même, la virulence de l'infection, bref ce que l'on désigne sous le nom de génie épidémique. S'il recherche tout cela, c'est parce

que son but ne consiste pas simplement à affirmer la fièvre typhoïde chez son malade, mais à se faire une idée complète de ce malade. Aussi recherche-t-il tous les éléments nécessaires à cela, tous les facteurs morbides qui entrent en jeu en même temps que la fièvre typhoïde, qui vont la nuancer, lui donner un aspect et une évolution particuliers.

C'est de l'interaction de tous ces éléments que résulte la personnalité morbide du malade. C'est elle que le médecin recherche et qu'il essaie de reconstruire dans sa pensée.

C'est là une véritable construction et non pas seulement une simple totalisation. Il ne s'agit pas pour le médecin de se contenter d'énumérer tous les facteurs qui entrent en action, il faut à chacun d'eux assigner une place spéciale. Il ne suffit pas de découvrir que le typhique en question a eu déjà auparavant quelques lésions rénales, quelque atteinte cardiaque ou hépatique. Il faut juger quelle importance cela peut avoir dans le cas actuel, dire s'il faut assigner à chacun de ces facteurs une place prépondérante ou, au contraire, les reléguer au second plan. Il s'agit d'une véritable intégration de chacun de ces éléments dans un ensemble, et la place que l'on donne à chacun d'eux dépend de la valeur qu'on lui attribue. C'est donc grâce à des jugements de valeur que le médecin arrive à édifier cette construction.

Celle-ci varie avec les médecins ; bien que deux d'entre eux trouvent chez un malade les mêmes signes objectifs et qu'ils fassent le même diagnostic de maladie, ils peuvent très bien différer quand il s'agit de se faire une idée du malade lui-même. Par exemple, ayant été tous les deux d'accord pour affirmer une fièvre typhoïde, l'un d'eux pense d'après l'état du poulx, l'aspect des urines, la tonalité du teint que la résistance du malade

va s'avérer déficiente, tandis que l'autre en s'appuyant pourtant sur les mêmes signes objectifs, estime au contraire que l'atteinte de cet organisme revêt une forme habituelle à la typhoïde.

Avec les mêmes éléments représentatifs, ces deux médecins ont édifié des ensembles différents, car ils ont attribué à chacun de ces divers éléments une importance différente.

En effet, pour établir ces jugements de valeur, le médecin s'appuie sur des données très diverses dont certaines sont scientifiques, c'est-à-dire, communes à tous les médecins, tandis que d'autres dépendent essentiellement de la personnalité de chaque médecin.

II. — L'EXPÉRIENCE PERSONNELLE DU MÉDECIN

Les données scientifiques ont évidemment une importance prépondérante. En expliquant le mécanisme de production d'une maladie et la façon dont l'organisme se défend, la science fournit des données objectives. Elle apprend au médecin le rôle de chaque organe dans la défense de l'organisme, et par exemple, l'intérêt qu'il y a pour un typhique à posséder un foie et un cœur indemnes de toute atteinte préalable.

Mais ce jugement de valeur s'appuie également sur des éléments personnels au médecin. Celui-ci dans son expérience passée, a vu par lui-même de nombreux malades analogues, il en a retenu les caractères dominants ainsi que l'évolution de la maladie ; si bien que cette expérience personnelle vient par ses résultats propres corroborer et nuancer les notions fournies par la science. D'où le rôle important de cette expérience personnelle dans l'élaboration des jugements de valeur nécessaires au diagnostic de malade.

Alors que les connaissances scientifiques sont universelles, cette expérience personnelle est strictement individuelle. Quoique suggéré par les faits extérieurs elle dépend surtout de la personnalité de chaque médecin. Dans une même salle d'hôpital, des étudiants qui examinent les mêmes malades acquièrent chacun une expérience personnelle différente, bien que créée sous l'effet des mêmes conditions objectives.

Cherchons donc en quoi consiste cette expérience personnelle et quels moyens nouveaux elle apporte au praticien.

Le médecin expérimenté dispose d'abord de connaissances scientifiques plus précises car souvent évoquées et utilisées. A force d'être fréquemment suggérées par les faits et discutées pendant la recherche, les hypothèses acquièrent chez lui un caractère de précision parfait. Dès que l'une d'elles est envisagée, tous ses symptômes sont facilement imaginés avec tous leurs détails et tous leurs enchaînements, si bien que le médecin expérimenté dispose de connaissances scientifiques bien organisées, d'une utilisation facile, ce qui donne à sa pensée une plus grande liberté d'action.

Mais à cela ne se borne pas son expérience. Comme nous venons de le dire, au contact des faits, en face des problèmes complexes à résoudre, il a affiné ses connaissances scientifiques en les complétant par d'autres plus personnelles. Toujours soumis à l'impérieuse nécessité d'agir, même quand la science s'avère impuissante, il a acquis des connaissances nouvelles que l'on pourrait appeler empiriques, non pas en voulant dire par là qu'elles sont antiscientifiques, puisqu'elles prolongent la science et tendent à réaliser son idéal de logique universalisable.

En effet, la différence entre ces idées personnelles et les connaissances scientifiques vient justement de ce qu'elles n'ont pas encore acquis ce caractère de perfection logique et de critique sévère qui seul permet de les faire admettre et utiliser par tous, c'est-à-dire de les universaliser. Elles ne s'imposent qu'à l'esprit de celui qui les a créées. Pourtant il arrive quelquefois à certains chercheurs de pousser la critique de leurs idées personnelles avec un tel soin et une telle rigueur qu'elles finissent alors par s'imposer à tous et qu'elles forment ainsi une véritable découverte. On pourrait dire qu'il n'y a qu'une différence de degré entre elles et la science qui peut apparaître comme un perfectionnement et une réalisation plus parfaite de cet empirisme obscur qui la prépare. Celui-ci est à la fois le prolongement de la science actuelle et l'avant garde de la science future.

Par exemple, bien que les notions sur les tempéraments ne soient pas complètement éclaircies par la science actuelle, elles font cependant l'objet de connaissances empiriques fécondes de la part du médecin qui par sa pratique personnelle fait des rapprochements utiles entre les signes révélateurs de chaque tempérament et les complications auxquelles ils exposent.

Cet empirisme prend souvent naissance d'une façon insidieuse sous la forme d'habitudes qui s'édifient peu à peu sous l'influence des répétitions que le médecin constate dans sa pratique journalière. Il a, par exemple, remarqué que chez les malades ayant une certaine coloration plombée du visage, la maladie se compliquait souvent de lésions rénales. Ces habitudes créent chez lui des phénomènes d'attente et lui permettent de prendre ses précautions à l'avance, de se méfier et d'avoir une attitude pratique immédiate en instituant à l'avance un régime et un traitement préventifs. Cet empirisme, il

l'exploite donc aussitôt dans des domaines où la science n'a pu encore pénétrer et offrir ses services et ses prévisions.

Cependant il ne se contente pas de la pseudo sécurité mentale que la répétition lui fournit. Il essaie de faire la critique de cet empirisme en cherchant à y insérer de la logique, à l'élever au niveau de la science, en découvrant derrière les successions de phénomènes, la liaison cachée, la relation essentielle et typique qui lui permettrait de prévoir avec sécurité et non plus d'une façon incertaine grâce à de simples habitudes. Il a alors la même attitude que le savant qui recherche derrière les faits individuels les relations essentielles généralisables.

Mais cette critique n'est pas toujours facile car cette expérience personnelle se fonde bien souvent sur des infiniment petits presque inappréciables, qui produisent une impression par leur ensemble mais dont chacun pris isolément serait indiscernable. Ainsi chez un malade atteint de bronchite, il craint la capillarisation, est inquiet et convaincu qu'elle va se déclencher bien avant d'en pouvoir déceler quelque signe vraiment appréciable. Les psychologues ont depuis longtemps insisté sur le rôle énorme du subconscient sur la complexité de ses élaborations et même sur la finesse des résultats qu'il produit quelquefois. Il est difficile d'imaginer quelles sortes de liaisons peuvent s'élaborer ainsi. La répétition des expériences, l'insistance des faits doit arriver à la longue à unir entre eux d'une manière indissoluble des éléments dont aucun pris individuellement ne réussit à devenir conscient. Seul le résultat global de cette énorme élaboration atteint la conscience et s'y impose avec une évidence qui paraît mystérieuse car elle ne peut se soumettre à l'analyse logique.

Qu'ils soient conscients ou subconscients, les facteurs intellectuels ne sont pas les seuls que l'expérience personnelle apporte peu à peu au médecin. A force de fréquenter les malades, il arrive à acquérir une véritable expérience affective que l'on peut même considérer comme tout à fait personnelle, puisque le langage la transmet difficilement d'un sujet à l'autre, si bien qu'elle apparaîût comme strictement personnelle.

Lorsque nous avons étudié l'éducation sensorielle, nous avons vu que les sensations étaient l'objet d'un continuel contrôle, obtenu en les comparant entre elles ou avec celles d'autrui. Ce contrôle par des comparaisons consiste à établir des rapports entre ces sensations, c'est-à-dire à les caractériser par leurs relations extérieures. Mais l'intimité de chacune d'elles est incontrôlable par autrui et reste l'apanage exclusif du sujet. Il s'agit de la tonalité affective qui se dégage de chacune d'elles, exclusivement personnelle, impossible à transmettre à autrui par des mots et ne pouvant par nature être l'objet de définition verbale précise. Le mot réussit non pas à la transmettre à une autre personne, mais à suggérer chez elle la sienne propre et cela au milieu de difficultés très grandes, car les mots n'ont justement pour fonction que d'exprimer les aspects discursifs de la pensée auxquels elle-même est étrangère. Ainsi lorsque deux individus perçoivent une même couleur rouge qu'ils désignent par le même nom, cet accord verbal signifie non pas qu'ils en retirent tous deux la même impression affective, mais que, dans la gamme des couleurs, ils la situent tous les deux au même point, ils la distinguent également d'autres couleurs même très rapprochées. C'est la concordance de ces rapports et non celle de leurs tonalités affectives qu'ils expriment par la concordance de leurs mots. Seuls ces rapports sont commercialisables d'un sujet à l'autre, la tonalité effective demeurant strictement personnelle.

Cette tonalité affective a une place importante dans les " impressions " que le médecin retire de son malade par exemple quand il pense « ce malade a un teint qui fait peur ». Tous les éléments qu'elle fournit forment une synthèse qui crée en face d'un malade une sorte d'ambiance affective dont l'intérêt paraît quelquefois décisif, surtout en ce qui concerne le pronostic.

Ces aptitudes naturelles sans rapport nécessaire avec les connaissances scientifiques se perfectionnent avec l'expérience dont elles forment un important facteur et elles acquièrent une subtilité merveilleuse chez ceux qui passent toute leur existence au milieu des malades comme les sœurs de charité.

Il faut noter également l'influence du tempérament affectif du médecin. Certains retiennent de leur expérience passée surtout les cas graves et en face d'un malade redoutent immédiatement toutes les complications qu'ils ont déjà rencontrées, dans des cas analogues; d'autres au contraire ont retenu les cas bénins si bien que personne n'ignore qu'il y ait des médecins tant pis et des médecins tant mieux.

III. — IMPOSSIBILITÉ D'ÉDIFIER UN DIAGNOSTIC DE MALADE PAR DES CONNAISSANCES UNIQUEMENT FORMELLES ET DES PROCÉDÉS AUTOMATIQUES

Comme nous l'avons dit, c'est grâce à cette expérience personnelle complétant des connaissances scientifiques que le médecin arrive à juger l'importance de tel facteur morbide découvert chez un malade. C'est à force d'avoir vu de nombreux typhiques que le médecin peut, chez son malade actuel, se méfier de telles ou telles complications.

Grâce à cette estimation de chacun des facteurs qui entrent en jeu, il peut assigner à chacun d'eux une place particulière et se construire véritablement une représentation précise de chaque malade.

Sous ce deuxième aspect qui ne consiste plus simplement à découvrir des maladies ou reconnaître des types morbides mais à essayer de recréer complètement la personnalité morbide du malade, le diagnostic ne peut plus se faire uniquement par des procédés formels. En effet, nous avons vu que la pensée pouvait y progresser par syllogismes. Mais quand il s'agit en s'appuyant notamment sur son expérience personnelle, d'assigner une certaine importance à certains éléments pour les mettre au premier plan chez le malade et d'en rejeter d'autres comme secondaires, la personnalité entière du médecin entre en jeu, toute son intelligence est en œuvre et son jugement de valeur ne pourra se faire que s'il possède une réelle compréhension des phénomènes et non plus simplement de simples connaissances formelles.

Pour être capable de juger de la gravité du diabète chez un malade, il ne suffit pas de savoir d'une manière formelle que tel pourcentage de glucose ou d'acétone dans les urines sont des circonstances aggravantes, il faut encore savoir pourquoi et quelle déficience fonctionnelle particulière elles indiquent. En se représentant alors le mécanisme de production de ces symptômes, le médecin peut estimer à sa juste valeur la capacité de résistance de son malade en recherchant sous quelles influences cette glycosurie et acétonurie se modifient et disparaissent chez lui. Il se fera alors une idée précise de la personnalité morbide de ce malade.

Aussi peut-on dire que les syllogismes utilisés pour le diagnostic de maladie ne marquent que la forme extérieure de la pensée ; ils soulignent il est vrai l'objectivité

et la rigueur presque impersonnelle que peut avoir cette phase du diagnostic, mais ils n'expriment pas la spontanéité vivante de l'intelligence pourtant nécessaire à la démarche de la pensée. La difficulté n'est pas de faire un syllogisme, c'est-à-dire n'est pas de rapprocher entre elles des prémisses pour en extraire une conclusion ; cela est presque automatique. Elle est plutôt de réussir à évoquer ces prémisses à l'occasion d'un malade.

Nous avons dit que la mineure exprimait un jugement d'observation. Là était la première difficulté consistant à reconnaître le symptôme, à se rendre compte en face d'un malade au teint jaune, qu'il s'agit bien d'un teint ictérique et à ne pas le confondre avec un autre.

La deuxième difficulté consiste à évoquer la majeure et ses connaissances scientifiques. Il fallait par exemple, songer que l'ictère peut entraîner des selles décolorées et graisseuses. Mais il s'agit de savoir les raisons de ce jugement avant d'en faire la majeure du syllogisme. Il faut savoir que dans certains ictères l'excrétion de la bile dans l'intestin est rendue impossible, si bien que les selles dépourvues de pigments biliaires normaux sont décolorées et chargées de graisse qui n'a pu être digérée par faute de cette bile.

Aussi, dans l'ouvrage de Martinet que nous avons pris comme exemple d'une méthode classique, peut-on se rendre compte tout au long du texte que le lecteur est invité à penser, à comprendre, de façon à ne pas utiliser ces connaissances d'une façon formelle et automatique. Cette méthode non seulement guide le médecin par ses qualités formelles, mais aussi l'incite à penser de nouveau ce qu'il avait déjà pensé autrefois et lorsqu'il est étudiant, à apprendre certains chapitres de la pathologie qu'il pouvait ignorer. Ainsi est-elle en même temps une méthode didactique.

Dans le diagnostic de maladie, le raisonnement formel n'indique que le cheminement extérieur de la pensée ; il n'exprime pas la pensée elle-même. Celle-ci réside surtout dans l'évocation de chaque prémisse : élaboration sensorielle pour la mineure, qui consiste à reconnaître le symptôme par ses caractères sensibles, élaboration intellectuelle pour la majeure qui consiste à faire appel à certaines notions scientifiques qui permettront de comprendre le symptôme, de le rattacher à une maladie qui en suggérera de nouveaux.

Si le formalisme seul peut à la rigueur amener tant bien que mal à quelque étiquette de maladie, il s'avère absolument incapable d'amener à ce diagnostic de malade fondé sur des jugements de valeur. Ceux-ci sont le résultat d'une véritable élaboration car ils mettent en œuvre les renseignements que fournit la science sur l'importance de chaque symptôme et sur la gravité de chaque type morbide et recourent tout cela par l'expérience personnelle du médecin. Cette estimation est refaite chaque fois à l'occasion de chaque malade et aucun formalisme ne peut y suppléer. La connaissance du pourcentage de mortalité d'une maladie ne résout pas les problèmes que se pose le médecin en face d'un malade chez qui il a découvert cette maladie.

Sans ces continuels efforts d'intelligence pour repenser les formules fournies par la science ou par l'expérience personnelle, le médecin se réduirait à n'être qu'un manœuvre intellectuel, analogue à celui qui, dans les usines, utilise de merveilleuses machines sans être capable d'en comprendre et d'en penser le mécanisme. Les méthodes de diagnostic seraient pour lui de véritables machines analogues à certaines machines à calculer. En appuyant sur les touches des symptômes, le diagnostic pourrait sortir sous la forme de quelque ticket. Ce serait d'ailleurs

se condamner à ne jamais faire que des diagnostics de maladie, car en face d'un malade qui a du bacille d'Eberth dans le sang, on se contenterait toujours d'affirmer l'étiquette de fièvre typhoïde, mais rien de particulier sur l'individualité propre du malade. Il ne pourrait découler d'un tel diagnostic qu'un traitement standardisé et le pronostic se réduirait à un pourcentage de mortalité.

Le vrai diagnostic qui cherche à exprimer le plus parfaitement possible l'individualité de chaque malade ne saurait être standardisé. C'est une création sur mesure, adaptée à chaque malade, impossible à réaliser par des procédés uniquement formels. La formule n'a de valeur que par la pensée qu'elle résume, son avantage est d'économiser cette pensée en lui évitant de rebâtir sans cesse ce qu'elle a déjà édifié, mais ses risques viennent de ce qu'on peut l'appliquer à faux en se laissant conduire par elle sans penser soi-même.

TROISIÈME PARTIE

LES ASPECTS LOGIQUES DU DIAGNOSTIC

— :: —

Peut-on caractériser le Diagnostic comme étant une Induction ?

Jusqu'ici nous avons cherché à déceler par quels procédés le médecin élabore son diagnostic. Nous avons vu qu'il observait des symptômes, évoquait des maladies, les utilisant ensuite pour reconstruire l'individualité de son malade.

Il serait intéressant maintenant de caractériser cette suite de démarches en se plaçant au point de vue de la logique, de rechercher la nature de ces raisonnements utilisés par le médecin.

Nous avons vu qu'à tout instant il utilisait le syllogisme, mais nous avons dit que ce raisonnement formel n'exprimait pas l'essentiel de la pensée. Comme le dit M. Goblot « c'est l'art de diriger les syllogismes qui est tout le raisonnement... il y a un syllogisme dans chacune des démarches de la pensée raisonnante, car aucune de ces démarches ne doit être arbitraire, mais aucune d'elles ne se réduit à un syllogisme car chacune doit être un progrès positif. Le raisonnement doit au syllogisme sa nécessité, à la spontanéité créatrice de l'esprit, sa fécondité » (1).

(1) Goblot — Logique — p. 276.

Cherchons où réside cette "spontanéité créatrice" dans le diagnostic. Pour cela passons en revue rapidement la suite de ses démarches. Nous avons vu que, d'abord, le médecin perçoit certains caractères sensibles chez son malade, ensuite, il assimile certains d'entre eux à ceux que son éducation sensorielle lui a appris être essentiels à un symptôme, c'est-à-dire qu'il reconnaît un symptôme. Ce symptôme évoque la maladie et les autres symptômes qu'elle peut comporter. Enfin parmi ces autres symptômes, le médecin cherche ceux qui peuvent être découverts chez le malade, puis s'arrête à eux et essaie de les retrouver dans ses observations.

La première difficulté consiste non pas à percevoir, il suffit pour cela de sens normaux, mais à reconnaître un symptôme dans les caractères perçus chez le malade. Nous avons dit que le symptôme était un concept, élément des systématisations scientifiques. Le plus délicat dans le diagnostic est de passer de la perception au symptôme. En effet, une fois le symptôme caractérisé, le diagnostic s'établit facilement. Ainsi le plus délicat consiste à reconnaître le caractère sensible de l'ictère parmi ceux que présente le teint du malade. La spontanéité de la pensée réside dans le fait d'avoir songé à l'ictère ; la critique logique ne vient qu'ensuite pour démontrer d'une façon certaine la valeur de cette assimilation ou au contraire pour l'infirmier et la rejeter.

Ce passage du percept au symptôme est en même temps évocateur de la maladie, car ce symptôme n'est conçu comme tel qu'en fonction d'une ou plusieurs maladies possibles. C'est déjà la mise en route des hypothèses et leur critique possible. Nous avons vu que cette évocation de la maladie et de tous ses autres symptômes était fonction des connaissances scientifiques acquises au préalable.

Enfin la dernière démarche consiste à préparer une nouvelle observation, en choisissant parmi les symptômes que comporte la maladie ceux que l'on pourra rechercher avec fruit chez le malade. Il y a là une certaine estimation de chaque symptôme par rapport au malade, un choix c'est-à-dire encore activité créatrice de l'intelligence.

Dans toute cette suite de démarches, le médecin, partant d'un malade particulier, recherche chez lui les caractères généraux et typiques pour reconstruire grâce à eux l'individualité de ce malade. Il semble s'élever de l'individuel au général, puis revenir à nouveau vers l'individuel. Peut-on considérer comme une induction une telle démarche de la pensée, dont l'aboutissement serait une reconstruction de l'individuel ? En effet, les éléments généraux fournis par la science ne sont pour le médecin que des moyens, car son seul but est la représentation de l'individualité de son malade.

Quelles sont donc les analogies entre les procédés inductifs utilisés par le savant qui découvre les lois de la pathologie et ceux du praticien qui utilise ces découvertes ? Pour apporter quelque clarté à ce problème, il faudrait savoir ce que les savants et les philosophes entendent exactement par induction. Or, c'est là une question délicate.

I - Que peut-on entendre par induction ?

La théorie classique considère l'induction comme un raisonnement qui permet de passer de la connaissance des faits à celle des lois qui peuvent les régir. L'essentiel de ce raisonnement serait de généraliser à tous les temps et à tous les lieux les relations découvertes par une expérience réalisée à un moment et en un lieu bien

déterminés. En effet, beaucoup d'auteurs ont admis que l'induction permettait de conclure du particulier au général.

A l'induction ainsi considérée, s'oppose alors la déduction qui permet de conclure du général au particulier.

Cependant certains auteurs ont découvert des analogies entre ces deux sortes de raisonnement.

Analysant les démarches du raisonnement mathématique considéré pourtant comme déductif, H. Poincaré a montré qu'il était également dans certains cas généralisateur.

Déjà dans son " Introduction à l'étude de la Médecine expérimentale ", Cl. Bernard avait ramené l'induction à la déduction en écrivant (1) « je ne crois pas que l'induction et la déduction constituent réellement deux formes de raisonnement essentiellement distinctes. L'esprit de l'homme a, par nature, le sentiment ou l'idée d'un principe qui régit les cas particuliers. Il procède toujours instinctivement d'un principe qu'il a acquis ou qu'il invente par hypothèse ; mais il ne peut jamais marcher dans les raisonnements autrement que par syllogisme, c'est-à-dire en procédant du général au particulier ».

Il est à noter, en outre, qu'il assimile ainsi la déduction au syllogisme.

Ainsi donc, il s'agit de préciser les points exacts de ressemblance de l'induction et de la déduction et accessoirement du syllogisme.

M. Goblot dans sa " logique " a également rapproché l'induction de la déduction. Mais il distingue nettement cette dernière du syllogisme.

(1) P. 82.

Le syllogisme serait la démarche de la pensée par laquelle on extrait un savoir moins général d'un savoir plus général qui le contenait implicitement. Il n'enrichit pas la pensée, il l'explicite. Déjà Descartes avait dit : « Les syllogismes servent plutôt à expliquer à autrui les choses qu'on sait ou même à parler sans jugement de celles qu'on ignore, qu'à les apprendre ».

Par la déduction, au contraire, la pensée découvre que l'existence d'une idée rend nécessaire l'existence d'une autre idée, cette nouvelle idée n'étant pas nécessairement contenue dans la première, c'est-à-dire qu'entre elles il n'y a pas obligatoirement un rapport du plus général au moins général. Le propre de la déduction c'est de les lier entre elles par des liens logiques et sûrs qui expriment leur dépendance réciproque, c'est-à-dire qu'elle marque l'avancement de la pensée alors que le syllogisme montre simplement qu'une pensée était implicitement contenue dans une autre ; il s'agit alors non plus d'un avancement de la pensée mais d'un simple inventaire.

En parlant de la déduction mathématique, M. Goblot écrit, en la distinguant du syllogisme (1) : « L'égalité des angles n'est pas *contenue* dans l'égalité des côtés qui définit le triangle isocèle, elle en *résulte*. L'incommensurabilité de la circonférence et du diamètre n'est pas *contenue* dans l'égalité des rayons qui définit le cercle, elle en *résulte*. Il ne s'agit pas d'implication d'un concept dans un autre, ni d'un jugement dans un autre. L'erreur de la logique formelle est de confondre le rapport de conséquence avec le rapport d'implication ».

Ainsi distingué du syllogisme, le raisonnement déductif est considéré par M. Goblot comme une véritable construction de l'esprit, construction d'une idée nouvelle

(1) Goblot — Logique — p. 257.

grâce au rapprochement de connaissances antérieurement admises. Cette construction, pour ne pas être arbitraire se fait selon les lois de la logique et en utilisant les syllogismes qui de la sorte, sans exprimer la totalité des démarches de la pensée, ont dans la déduction un rôle partiel mais cependant important : celui d'assurer la valeur logique des démarches. Cependant ce n'est là qu'un élément partiel de la déduction, le principal est de « diriger ces syllogismes » grâce à la « spontanéité créatrice de l'esprit » ainsi que l'auteur le dit dans les lignes que nous avons citées du début de ce paragraphe (1).

Pour M. Goblot, l'induction diffère justement de la déduction en ce que ses démarches n'ont pas la rigueur logique que le syllogisme apporte à la déduction. Aussi faut-il soumettre le résultat à l'épreuve de l'expérience. En effet, il écrit : (2) « Le syllogisme a une fonction dans le raisonnement déductif comme l'expérience dans le raisonnement inductif ». Ainsi l'induction est encore un raisonnement constructif, mais comme l'esprit n'est pas sûr que les règles logiques qu'il utilise soit suffisantes, il est obligé de vérifier après coup par expérimentation, la justesse du résultat et par conséquent la valeur de ces règles logiques, phase qui était inutile dans la déduction.

Ainsi pour M. Goblot, tout comme la déduction, l'induction est un véritable raisonnement qui a simplement ceci de particulier que ses résultats doivent après coup être vérifiés par un recours à l'expérience.

Mais d'autres philosophes se sont appliqués à étudier les difficultés que soulève l'induction au point de vue logique. M. Dorolle, dans son ouvrage intitulé " Les problèmes de l'induction " a également exposé des idées

(1) Goblot — Logique — p. 276.

(2) id. 84.

intéressantes et curieuses sur ce sujet. Après une analyse profonde des procédés inductifs, il pense que si la déduction qui permet de passer d'une idée à une autre idée est un véritable raisonnement, il n'en est pas ainsi de l'induction. Dans celle-ci, il s'agit pour la pensée, non pas de progresser d'une idée à une autre idée, mais, ce qui est plus délicat, de passer du domaine des idées à celui des faits. Dans la déduction la pensée ne devait se soumettre qu'à la logique, c'est-à-dire rester en accord avec elle-même : c'était là un raisonnement pur. Dans l'induction, il s'agit pour la pensée de devenir applicable aux faits, de pouvoir s'insérer sur eux et les expliquer. Il faut alors non seulement qu'elle soit logique, c'est-à-dire en accord avec elle-même, mais également qu'elle soit en accord avec les faits. « Il s'agit de passer des faits aux lois, c'est-à-dire sous la forme la plus achevée, de passer des faits à l'idée » (1)... « Il s'agit toujours d'ajuster un tissu de pensée à la matière informe des données » (2).

Cherchant à analyser en quoi consiste cette généralisation dont la théorie classique avait fait l'essentiel de l'induction, M. Dorolle montre qu'on peut la considérer sous deux aspects différents dont l'un est fonction de l'autre.

D'après le premier aspect on peut considérer la généralisation comme consistant à étendre à tous les temps et à tous les lieux ce qui a été découvert dans des circonstances de temps et de lieu particulières. On peut alors dire que c'est « l'idée d'un *partout et toujours* que l'on applique à toute relation... En ce sens généraliser revient donc à affirmer la valeur indéfinie d'un concept » (3). C'est en somme croire à la continuité de la

(1) Dorolle. — Les Problèmes de l'Induction — p. 66-67.

(2) Ibid p. 70.

(3) Ibid p. 15.

nature et du déterminisme. C'est là plutôt un problème de métaphysique que de logique, problème qu'étudia Lachelier dans son " Fondements de l'induction ".

Mais nous ne nous croyons pas autorisé à généraliser de la sorte dans le temps et l'espace n'importe quelle relation. Nous ne généralisons que ce que nous considérons comme essentiel dans les choses. De tous les faits divers qui défilent devant nos yeux, nous n'avons retenu que certains caractères déterminés que nous avons découpés et abstraits de tout le reste et nous pensons que ces aspects se retrouveront toujours et partout d'autant plus semblables à eux-mêmes qu'ils exprimeront mieux les caractères essentiels des phénomènes dont on les a abstraits. Plus le découpage sera minutieux et parfait, plus les caractères se retrouveront toujours identiques à eux-mêmes au milieu d'ensembles divers. En effet, M. Dorolle écrit (1) : « On forme cette fois le concept, on le délimite au milieu des aspects variés de l'expérience, on cherche à enserrer dans une définition le *même fait* ». On peut alors dire que la généralisation à tous les temps et les lieux dépend en somme de cette détermination du type. « Le résultat de ce travail n'est donc pas, en définitive, d'étendre la relation à tous les cas, mais bien de définir les cas auxquels on aura le droit de l'étendre, ou bien, ce qui revient au même, la question n'est pas de chercher si tel ou tel cas se retrouvera, mais bien de déterminer le type qui se retrouvera » (2). Si bien que pour définir la généralisation, l'auteur écrit qu'elle « est en elle-même formation et détermination de concept — et à cela vient s'ajouter comme une forme constante la croyance à la valeur indéterminée du type ainsi constitué et de ses propriétés » (3).

(1) Problèmes de l'Induction — p. 16.

(2) Ibid p. 19.

(3) Ibid p. 23.

Ainsi la généralisation n'est autre qu'une délimitation de concept et de son champ d'application.

L'exposé rapide de cette théorie peut nous permettre de considérer que dans l'induction l'essentiel n'est pas d'utiliser des raisonnements mais surtout d'insérer la pensée sur les choses. Le savant a l'esprit mis en éveil par les répétitions qu'il perçoit plus ou moins nettement et qui peuvent déclancher chez lui des phénomènes d'attente et des habitudes. Mais c'est là encore de l'empirisme. Il ne fait véritablement œuvre de savant que lorsqu'il s'applique à rechercher l'identité profonde qui se cache sous ces ressemblances et ces analogies. Lorsqu'il a pensé et inventé de la sorte quelque identité typique qu'il considère encore comme une simple hypothèse, il passe par raisonnement pur et déductif de cette pensée hypothèse à une autre pensée facile à expérimenter. Il institue de la sorte une expérience. C'est un raisonnement qui lui a permis ainsi de passer de l'hypothèse à la mise en œuvre de l'expérimentation, mais la spontanéité créatrice de la pensée, caractéristique de l'induction s'est déjà manifestée au moment de la construction de l'hypothèse. Elle se manifestera encore dans l'interprétation des résultats de l'expérience, c'est-à-dire toujours dans l'application de la pensée aux choses.

II - Analogie entre l'induction du savant et les démarches du praticien.

Si nous réfléchissons maintenant aux démarches qu'effectue le praticien, nous verrons que les difficultés sont pour lui analogues à celles du savant et résident également dans ce difficile passage de la pensée aux choses.

Pour lui, faire un diagnostic de maladie, consiste à rechercher les caractères typiques et généraux que peut présenter le malade. Il y a chez lui, forcément, moins de

tension intellectuelle que chez le savant car il n'a pas à inventer le type, il lui suffit simplement de le retrouver et de choisir parmi les types connus. C'est là une œuvre pure de l'intelligence qui consiste à reconnaître parmi les caractères qu'il perçoit chez son malade, ceux qui correspondent à un symptôme typique.

Mais ici surgit une difficulté spéciale à la médecine, c'est que les types morbides n'y sont jamais parfaitement délimités à cause des difficultés particulières rencontrées par le savant dans leur élaboration et qui ne se présentent pas à un tel degré dans les autres sciences expérimentales.

Lorsque le physicien utilise un certain corps pour étudier le phénomène de la chute, il fait abstraction de tous les autres phénomènes qui se produisent dans ce corps pendant la chute, il les laisse de côté car il admet que pendant cette chute, ils interviendront si peu qu'ils sont négligeables. Ainsi un morceau de métal continue à s'oxyder pendant qu'il tombe, si bien que sa masse varie. Mais si la chute ne dure que quelques secondes, cette variation de masse est négligeable et on la considère comme théoriquement nulle ; si bien que la loi découverte par cette expérience pourra être utilisée en toute sécurité par un ingénieur car il l'appliquera dans les limites où elle est encore vraie.

Il en est ainsi de beaucoup de lois de mécanique, physique et chimie qui ont une valeur pratique incontestable et sûre pour les conditions habituelles dans lesquelles on les utilise. Mais elles en auraient moins si on voulait les appliquer à des cas limites, où les phénomènes que l'on avait considérés comme négligeables sont soumis à des variations relativement importantes. Ainsi les conceptions de la mécanique classique sont-elles

considérées comme inapplicables à des corps qui seraient soumis à des vitesses de l'ordre de celle de la lumière comme Einstein l'a démontré.

Mais alors que les lois de la mécanique demeurent pratiques et permettent des prévisions sûres si l'on reste dans les conditions habituelles, celles de la biologie sont déjà incertaines pour les applications pratiques de la médecine. Ainsi lorsqu'un biologiste étudie la chimie de la digestion, il ne peut, par un coup de baguette magique, immobiliser le reste de l'être vivant, rendre fixe et constant tout son organisme, en arrêter son devenir à l'exclusion unique de quelques phénomènes de la digestion. Cette abstraction des autres phénomènes qui était possible pour le physicien est bien loin de l'être pour le biologiste. Aussi la loi ou le type morbide que ses expériences auront permis d'établir ne sont-ils pas toujours bien délimités et ne peuvent-ils être généralisés sans risques. Aussi le praticien qui les utilise est-il souvent dans des cas limites, d'où l'impossibilité pour lui de les appliquer sans réserves à son malade. Il doit faire continuellement à l'occasion de chaque malade une véritable estimation de ces types en fonction du cas actuel. Il s'agit pour lui d'estimer si un type de pensée est bien applicable à son malade puis exprime d'une façon complète ou simplement parcellaire les phénomènes morbides qui se produisent chez lui. Et ainsi le diagnostic de maladie, s'il est correct, tend rapidement à devenir un diagnostic de malade et ne peut être autre chose.

C'est vers ce retour à l'individuel et au concret que tendent en définitive toutes les démarches de pensée du praticien et les types morbides généraux utilisés en cours de route n'étaient que des éléments fournis par la science pour reconstruire cet individuel qu'est la personnalité morbide chaque malade. Il s'agit pour le praticien,

après avoir découvert quels types abstraits et scientifiques sont applicables au malade, de construire une nouvelle synthèse qui soit superposable au réel et qui en exprime sinon la totalité, ce qui serait inconcevable, du moins l'essentiel.

Le savant avait recherché derrière les ressemblances extérieures, les identités profondes pour créer ses types. Il avait rejeté le non essentiel et le non typique. Le praticien, qui a pour tâche de reconstruire une représentation du concret, au moyen de ces types, recherche comment ceux-ci réagissent les uns sur les autres et se déforment mutuellement. Chez le savant la "spontanéité créatrice" de la pensée avait été de pressentir le type derrière la complexité des faits réels, celle du praticien consiste au contraire, à pressentir quelle complexité et quelles nuances diverses vont résulter de la combinaison de certains de ces types chez son malade.

Peut-on appeler induction ces démarches où il n'y a pas généralisation mais au contraire reconstruction de l'individuel, où on ne recherche pas le type mais où on l'utilise pour reconstruire le non typique. Elles présentent cependant les mêmes difficultés que l'induction : le passage de la pensée des idées aux choses. Comme l'induction, elles semblent comprendre une période de raisonnements purs, intercalée entre deux autres périodes où la pensée, libérée momentanément de l'emprise de la logique, passe du domaine des idées à celui des choses.

Ne pouvant plus parler de raisonnement, on peut désigner par l'expression de procédés reconstitutifs ces démarches qu'utilisent tous les praticiens quand ils refont la synthèse d'un fait individuel en utilisant les types généraux issus de l'analyse scientifique. Ces procédés apparaissent comme la suite logique et le complément des procédés inductifs pour qui veut utiliser les connaissances scientifiques.

Ce sont là deux attitudes différentes d'une même pensée car c'est la spécialisation sociale qui oblige le savant et le praticien à être des personnes différentes. Il ne peut y avoir de différence de nature essentielle entre leurs démarches intellectuelles. Seules leurs préoccupations secondaires varient mais les deux attitudes se complètent et sont la suite l'une de l'autre.

III. — *Rôle du flair et de la méthode dans le diagnostic*

En terminant nous pouvons maintenant préciser les rôles réciproques du flair et de la méthode dans le diagnostic.

Il est évident que le médecin ne peut se passer d'une manière absolue ni de l'un ni de l'autre, mais qu'il s'appuie de préférence sur l'un d'eux selon les dispositions personnelles de son esprit.

La logique et le raisonnement ne forment qu'une étape dans le diagnostic, ils apportent la sécurité mentale à la pensée, mais ils n'interviennent qu'après coup, alors que la spontanéité de l'intelligence s'est déjà manifestée. La méthode apparaît comme une sorte de tremplin favorable à l'envol de la pensée, elle est ainsi nécessaire au diagnostic, mais elle ne l'exprime pas entièrement. Utilisée seule elle n'aboutirait qu'à un formalisme vide de pensée qui ne serait plus que la simple trace de son cheminement.

Le médecin qui agirait de la sorte arriverait à considérer les maladies non plus comme des constructions de l'esprit dont l'unique intérêt est d'être applicables au réel, mais comme des entités douées d'une existence propre qu'il s'agirait de retrouver chez un malade en utilisant des mécanismes automatiques et des tables dichotomiques.

Au contraire dans le diagnostic réel, riche de pensée, le médecin voit dans les types morbides, non pas des constructions figées, mais comme l'expression des relations qui peuvent expliquer le malade actuel en fonction de son état normal antérieur. Ce qui l'intéresse dans la pensée discursive, ce ne sont pas les étapes qu'y forme chaque concept, mais le dynamisme vivant qui fait passer d'un concept à un autre.

En tant qu'expression de la pensée, les concepts n'ont chacun en particulier qu'une valeur très relative. Leur intérêt vient surtout des enchaînements qu'ils peuvent présenter les uns avec les autres et des séries qu'ils offrent au cheminement de la pensée.

Ils sont en somme les jalons que la logique impose à la pensée pour rendre sa marche plus assurée et pour exprimer son cheminement. Si bien que dans ces démarches, le dynamisme vivant de la pensée réside dans le passage d'un concept à un autre, et non pas, comme le formalisme pourrait le laisser croire, dans une série de stations consécutives à l'endroit de chaque concept. Ce jalonnement des démarches de la pensée a pour avantage non seulement de la rendre plus exprimable à autrui, mais aussi de la soutenir, de lui offrir une suite de points d'appui, car il lui permet de décomposer en une suite d'étapes le chemin qu'elle aurait dû autrement parcourir dans les hasards et les fatigues d'une unique envolée.

Il est des esprits méthodiques dont la pensée ne peut avancer que par un repérage complet et minutieux de tous ses jalons. D'autres, au contraire, plus intuitifs, seraient gênés par ces incessants arrêts, leur pensée a besoin de s'élancer librement sans entraves. Une fois qu'elle a atteint son but, c'est d'une manière rétrospec-

tive qu'ils en situent tous les contours et toutes les sinuosités, ne lui apportant qu'après coup le soutien de la logique (1).

Ainsi on pourrait dire que le diagnostic d'intuition est un exemple de ces démarches où la pensée se libère de la sujétion des concepts. Cela ne signifie pas cependant qu'elle progresse alors en faisant fi des règles de la logique, car la rapidité de cette progression n'exprime que la spontanéité de l'invention à laquelle doit nécessairement faire suite une phase de détermination logique et de preuve. Cette expression ne désigne donc qu'une phase partielle du diagnostic, celle de l'invention.

Dans un tel diagnostic, la pensée servie par une intelligence vive, a été capable d'aller d'un seul trait jusqu'au bout de ses démarches sans avoir reçu en cours de route aucune aide ou aucun soutien apparent de la logique.

Si ces idées ont pu naître ainsi d'une manière élégante et apparemment spontanée, cela ne signifie pas qu'elles puissent se passer de preuve, car bien au contraire, une critique ultérieure sévère en est toujours nécessaire, mais

(1) Traitant des rôles réciproques de l'intuition et de la logique dans les démonstrations mathématiques et exposant les théories de H. POINCARÉ, M. BRUNSCHWIG écrit (*Étapes de la Philosophie mathématique*, p. 45) : « ... Dans une démonstration, il est possible de distinguer entre l'extérieur et l'intérieur. L'extérieur c'est le discours dont l'analyse saisit, dont la mémoire retient une à une les diverses articulations. L'intérieur c'est — je ne sais quoi qui fait l'unité de la démonstration — et ce sera.. l'intuition. Le logicien dans une partie d'échecs n'est capable d'apercevoir que la *légalité* des coups joués. — Comprendre la partie, c'est tout autre chose ; c'est savoir pourquoi le joueur avance telle pièce plutôt que telle autre qu'il aurait pu faire mouvoir sans violer les règles du jeu. C'est apercevoir la raison intime qui fait de cette série de coups successifs une sorte de tout organisé — ... l'intuition ne s'oppose nullement à la déduction puisqu'elle en est l'origine et la concentration.

cela signifie encore moins qu'elles s'opposent à la logique. D'ailleurs la spontanéité de ces diagnostics d'intuition n'est qu'apparente, car derrière les délicats mécanismes subconscients qu'ils mettent en œuvre, se cache souvent beaucoup plus de méthode et de logique qu'on ne pourrait le croire. Ils sont quelquefois l'indice d'une méthode perfectionnée et assouplie par l'usage, devenue progressivement subconsciente comme tous les bons mécanismes psychiques. On peut penser que la sûreté de ce diagnostic d'intuition dépend chez le médecin non seulement de son intelligence mais beaucoup de la manière plus ou moins méthodique selon laquelle il s'est appliqué à acquérir ces délicats mécanismes intellectuels qui lui permettent plus tard des diagnostics en apparence instantanés.

CONCLUSIONS

1°) La découverte du symptôme chez le malade est le point de départ du diagnostic.

a) Cette perception des symptômes est déjà un jugement, c'est-à-dire la reconnaissance d'une analogie entre les caractères perçus chez le malade actuel et l'image générique et schématique, résumé de l'expérience passée.

Nous avons vu le mécanisme de formation de cette image tout au long de l'éducation sensorielle du futur médecin et les dangers qu'elle comporte. (Contrôle de la formation de ces images et du vocabulaire technique.)

Une fois perçu, le symptôme a l'avantage d'évoquer à titre d'hypothèses, les groupes nosologiques (syndromes ou maladies) auxquels il appartient. De la sorte, il rend possible la recherche chez le malade des autres symptômes que comprennent ces groupes.

b) Par ces groupes nosologiques, la science permet au médecin d'enchaîner entre eux les symptômes sous forme de systèmes.

Tantôt ces groupes, fondés uniquement sur l'observation clinique, n'expriment que la coexistence fréquente de certains symptômes, c'est-à-dire l'aspect extérieur des choses. (C'était à ces seules systématisations qu'aboutissait la science antique.)

Tantôt ces groupes expriment le mécanisme intime de production des symptômes : anatomo-pathologie, physiopathologie, étiologie. (Ils sont alors caractéristiques de la science moderne pour qui l'observation clinique n'est plus qu'un point de départ.)

2°) Le diagnostic de maladie consiste à prouver qu'un type morbide déjà évoqué à titre d'hypothèse est une convenable explication des phénomènes pathologiques que présente un malade.

a) Si l'on découvre chez le malade un symptôme pathognomonique, le type morbide peut être prouvé d'emblée.

Si l'on ne découvre que des symptômes de probabilité, les démarches sont plus complexes car il s'agit en outre d'éliminer les types morbides qui ont une symptomatologie voisine.

b) L'établissement de ce diagnostic de maladie comprend deux phases :

— D'abord une observation initiale consistant en un interrogatoire et examen général, investigation du malade dans sa totalité, dont le résultat est d'évoquer toutes les hypothèses concurrentes plausibles, c'est-à-dire de poser des questions.

Cet examen peut être mené d'une manière systématique pour éviter les oublis.

— Ensuite, une observation seconde qui consiste à répondre à ces questions et qui, de la sorte, sera plus profonde, plus précise, mais aussi plus limitée que la précédente.

D'où le danger :

— Soit de séparer artificiellement les démarches de la pensée en :

1°) une phase d'observation pure considérée comme une sorte de travail matériel ;

2°) une phase consécutive d'éréflexion d'où sortirait le diagnostic ;

car le diagnostic n'avance que par un continuel va et vient entre l'hypothèse et le fait observé.

— Soit de faire une observation initiale qui ne soit pas assez générale et se perde dans les détails sous prétexte d'être très précise.

En somme, pour observer des symptômes, il faut au médecin toute son intelligence et toutes ses connaissances, on ne pourrait laisser ce soin à des manœuvres intellectuels.

3°) Mais le but recherché par le praticien est bien plutôt de se représenter la personnalité morbide de son malade dans tous ses détails que de faire à son occasion un impersonnel diagnostic de maladie, simple évocation d'une étiquette standardisée.

a) Il s'agit là d'une véritable reconstruction de l'individualité morbide du malade. L'œuvre du médecin consiste alors à imaginer et recréer la personnalité du malade en regroupant en un ensemble tous les renseignements divers déjà découverts chez lui par le diagnostic de maladie.

Mais pour procéder à cette véritable construction, il faut assigner à chacun de ces renseignements une valeur en fonction du malade. Ces jugements de valeur s'appuient d'abord évidemment sur les données de la science qui renseignent sur la gravité ou la bénignité des diverses maladies, mais ils s'appuient également sur l'expérience personnelle du médecin et le souvenir des cas analogues déjà rencontrés par lui.

b) Cette expérience personnelle consiste d'abord à posséder des connaissances scientifiques d'une utilisation facile, car, souvent évoquées et mises en œuvre.

Mais elle consiste en outre et essentiellement à souligner et illustrer ces connaissances scientifiques de connaissances personnelles qui sont quelquefois des souvenirs précis de malades déjà vus, mais plus souvent des conceptions plus générales que l'observation de chaque malade évoque à nouveau chez le médecin.

Cet empirisme personnel, qui est quelquefois à l'avant-garde de la science, prend naissance sous forme d'habitudes progressivement édifiées et sa critique logique, si elle est minutieuse, peut arriver à le transformer en véritable connaissance scientifique universelle.

Le subconscient ainsi que l'expérience affective sont d'importants éléments de cette expérience personnelle.

c) Etant ainsi une reconstitution de l'individualité du malade, le diagnostic ne peut se mener à bien par des procédés uniquement formels, capables tout au plus d'aboutir à quelque diagnostic de maladie, car il s'agit alors pour le médecin non pas seulement de découvrir d'une façon automatique l'existence de certains facteurs morbides chez son malade, mais de les peser, d'estimer leur valeur en fonction du malade.

Un tel diagnostic est une véritable création sur mesure adaptée à chaque malade, expression la plus exacte possible de sa personnalité.

4°) Considérées du point de vue de la logique, les démarches mentales du praticien utilisant la science pour comprendre ce qui se passe chez un malade, semblent le complément de celles du savant qui, par l'observation et la comparaison de nombreux malades, essaie d'imaginer des types morbides.

a) Le savant recueille des analogies derrière la diversité des faits qui se succèdent ; il recherche derrière ces analogies l'essentiel, c'est-à-dire une relation d'identité ; c'est cette relation d'identité qui devient le type généralisable à tous les temps et à tous les lieux. On appelle induction ces procédés de découverte et de vérification de la valeur d'un type de pensée.

Le praticien au contraire, s'efforce en utilisant ces types morbides généraux, de reconstruire l'individualité de son malade. Pour le savant la découverte du type généralisable était un but, pour le praticien elle n'est qu'un moyen de représentation de l'individuel.

b) En somme ces deux attitudes sont complémentaires, c'est la spécialisation sociale qui différencie souvent le praticien du pathologiste, mais cette différence n'est pas essentielle, c'est le même esprit humain qui tout à l'heure découvrirait une relation typique et qui maintenant l'utilise. Pour le savant comme pour le praticien, il s'agit toujours d'insérer de la pensée dans les choses pour les expliquer. C'est là le propre de l'intelligence qu'une bonne méthode ne peut qu'aider, mais que des procédés formels ne peuvent remplacer.

BIBLIOGRAPHIE

- Claude BERNARD. — Introduction à l'étude de la médecine expérimentale.
- H. ROGER. — La Médecine.
- J. MACKENSIE. — Les symptômes et leurs interprétations.
- J. MACKENSIE. — L'avenir de la Médecine.
- MARTINET. — Le Diagnostic clinique.
- CASTIGLIONI. — Histoire de la Médecine.
- BROCHARD. — Les Sceptiques grecs.
- DELBET. — Méthode des Sciences médicales (in « De la Méthode dans les Sciences », 1^{re} série).
- G. MONOD. — De la Méthode en histoire (in « De la Méthode dans les Sciences », 1^{re} série).
- Ch. DE MONTET. — Le relativisme psychologique et la recherche médicale.
- DUMAS. — Traité de Psychologie.
- BAUDIN. — Psychologie.
- H. POINCARÉ. — La science et l'hypothèse.
- H. POINCARÉ. — Science et méthode.
- J. GACHELIER. — Du fondement de l'Induction.
- GOBLOT. — Logique.
- M. DOROLLE. — Les problèmes de l'Induction.
- BOUTROUX. — L'idéal scientifique des mathématiciens.
- L. BRUNSCHWIG. — Les étapes de la philosophie mathématique.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	13
INTRODUCTION	17
PREMIÈRE PARTIE :	
<i>De l'observation du malade à la découverte du Symptôme</i>	19
CHAPITRE I ^{er}	
<i>Les qualités sensibles du symptôme, l'éducation sensorielle et clinique du médecin</i>	21
I. Au point de vue sensoriel, le symptôme est une image édiflée peu à peu par l'éducation sensorielle	
II. L'utilisation de ces images dans la perception des symptômes	28
CHAPITRE II	
<i>Les caractères intelligibles du Symptôme, l'éducation intellectuelle du médecin</i>	33
DEUXIÈME PARTIE	
<i>Du symptôme à la maladie et au malade</i>	43
CHAPITRE I ^{er}	
<i>Le Diagnostic en tant que recherche de maladie chez un malade</i>	45
I. EXPOSÉ DE LA MÉTHODE	45
A Diagnostic de Syndrome	47
1° Par le moyen d'un Symptôme pathognomonique	47
2° Par le moyen de Symptômes de probabilité..	48
B Diagnostic pathogénique	52
II. APPLICATION CLINIQUE DE CETTE MÉTHODE	54
III. LES CARACTÈRES DE CETTE MÉTHODE	61

CHAPITRE II

<i>Le Diagnostic en tant que représentation d'un malade</i>	65
I. Il est une véritable construction établie grâce à des jugements de valeur.....	65
II. L'expérience personnelle du médecin : connaissances scientifiques — connaissances empiriques personnelles — rôle du sub-conscient — les facteurs affectifs dans l'expérience personnelle	67
III. Impossibilité d'édifier un diagnostic de malade par des connaissances uniquement formelles et des procédés automatiques	72

TROISIÈME PARTIE

Les aspects logiques du Diagnostic.

<i>Peut-on caractériser le diagnostic comme étant une induction ?</i>	79
I. Que peut-on entendre par induction ?.....	81
II. Analogie entre l'induction du savant et les démarches du praticien	87
III. Rôle du flair et de la méthode dans le Diagnostic..	91
CONCLUSION	95
BIBLIOGRAPHIE	101

